NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
Revue médico-chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JUIN 1849. — 10me Série. — T. VI.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1849.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la méd. belge. p. 73—126.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 127—143.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Physiologie. 1. *Revue* 35.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 2—5. *Revue* 22, 23, 27.
Thérapeutiq. 6 — 9. *Revue* 24, 25, 28, 36.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 10. *Revue* 29.
Mal. des femmes. 11. *Revue* 26.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Path. externe. 12—13. *Revue* 31, 32.
Médecine opératoire. 14—15. *Revue* 33, 34.
Ophthalmologie. 16—17. *Revue* 30.

X. MÉDECINE, LÉGALE ET POLICE MÉDICALE

Médecine légale. 18—19.

XII. Généralités. 20. *Revue* 21.

Sociétés savantes, pag. 207, 240.
Mélanges. 37.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(JUIN 1849.)

LIGATURE DE L'ARTÈRE AXILLAIRE;

Par M. Tosquinet, médecin de régiment, à Mons.

Debeer, Jean-Joseph, garçon bien constitué, âgé de 24 ans, soldat et prévôt de salle au 1er régiment de chasseurs à cheval, entre à l'hôpital de Mons, le 2 mars 1849, vers dix heures du matin. Il porte au membre thoracique gauche deux blessures par instrument tranchant, l'une à la région postéro-externe du bras, à quatre travers de doigt au-dessus du coude; l'autre au côté externe du radius, à cinq travers de doigt du poignet. Les bords de ces plaies ont été rapprochés et maintenus en contact au moyen de bandelettes et une bande a été appliquée par-dessus. Le blessé nous apprend que dans une rixe il a été frappé de deux coups de couteau par un chasseur de son régiment.

Dans la journée, il se déclare par la plaie du bras une hémorrhagie violente. Le médecin de garde, M. Matthys, est obligé d'ôter le pansement, d'appliquer de nouvelles bandelettes et des bandes compressives sur tout le bras. Dans la nuit, nouvelle hémorrhagie qui nécessite une compression plus forte et mieux soutenue.

Le lendemain 3, à la visite du matin, les plaies sont découvertes en présence de M. le médecin principal de l'hôpital, on reconnaît le peu de gravité de celle de l'avant-bras, elle n'intéresse guère que la peau et a à peine deux ou trois centimètres de longueur. Celle du bras en a environ cinq; elle est légèrement oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Tout le bras jusque vers l'aisselle est gonflé et douloureux, surtout au niveau de la blessure. Il s'écoule de celle-ci un sang vermeil, abondant, qui paraît venir du centre d'une masse noire. En pressant on fait sortir gros comme le poingt de caillots noirâtres. C'était au milieu d'eux que le sang artériel s'était creusé un trajet en les perforant. Le doigt, introduit

dans la poche, arrive en toute liberté et dans une direction transversale jusque dans le voisinage de l'artère humérale; on peut de même le faire cheminer directement en haut, fort loin dans les chairs. Le sang coule avec une abondance telle qu'il est évident que le blessé ne tardera pas à succomber, si on n'y met obstacle. On sent de faibles battements de la radiale. En comprimant sur le trajet de l'humérale, on n'arrête pas l'hémorrhagie. On n'y parvient qu'en pressant fortement l'artère dans le creux de l'aisselle; dès qu'on cesse la compression, l'hémorrhagie reparaît.

On prit le parti de faire l'application du tourniquet de Petit, pendant qu'on discuterait quelle serait la conduite à tenir dans cette occurrence, et qu'on préparerait les instruments et objets de pansement, si on se déterminait à faire une ligature.— La pelote du tourniquet fut appliquée sur l'axillaire, au bas du creux de ce nom.

Dans la délibération, on agita la question de savoir quelle était l'artère lésée : était-ce l'humérale ou l'humérale profonde qui, comme on sait, l'égale presque de volume? Aucun doute que ce ne fût l'une d'elles; l'abondance du sang et la facilité, avec laquelle le doigt introduit par la plaie atteignait quelques points du trajet de ces vaisseaux, l'indiquaient suffisamment. La perception de faibles battements à la radiale semblait plus particulièrement dénoter la lésion de l'humérale profonde. L'impuissance de la compression de l'artère brachiale à arrêter l'hémorrhagie, qui, au contraire, cessait par celle de l'axillaire, établissait une autre présomption dans le même sens.

Ceci admis, devait-on aller dans la plaie à la recherche de l'artère divisée, afin d'en lier les deux bouts, ou devait-on procéder par la méthode d'Anel?

Quand on pense à la difficulté, ou plutôt à l'impossibilité qu'il y aurait de trouver l'artère au milieu des tissus baignés et imprégnés de sang, comme cela existait ici et existe en général dans tout anévrysme diffus, il n'était pas douteux qu'on ne dût se prononcer pour la méthode d'Anel.

Où fallait-il appliquer la ligature? Était-il bien de rigueur d'aller jusqu'à l'axillaire? Oui : d'abord parce que l'humérale profonde se dégage de l'humérale dans un point assez rapproché de l'aisselle, en second lieu, parce que le gonflement par suite d'infiltration du sang, eût apporté de grandes difficultés, pendant l'opération, sur un point moins élevé. D'ailleurs la compression dans l'aisselle arrêtait seule complétement l'hémorrhagie. Tous quatre en conséquence, MM. Vandenbroeck, Dethier, Matthys et moi, nous pensâmes qu'il fallait lier l'axillaire.

Le procédé mis en usage fut celui décrit par Lisfranc; dans

l'exécution il n'offrit rien de particulier, l'artère fut mise à nu, saisie et liée, après que nous eûmes constaté ses battements, alors qu'elle était à cheval sur la sonde cannelée.

Le blessé souffrit à peine pendant l'opération. Le seul indice de douleur qu'il donna fut lorsque j'écartai les nerfs du plexus; il me dit assez vivement : *Prenez garde, vous me donnez des coups dans la main.*

Le pansement fait, le membre fut mis entre deux cruchons d'eau chaude et bien couvert. Le régime du blessé fut celui qu'exigent les opérations graves.

On constata bien peu de changements dans la caloricité et dans la sensibilité du membre.

Dès le soir, il y eut une assez forte réaction générale, la chaleur du membre opéré était à peu près égale à celle de l'autre. Pour peu que l'on pinçât la peau de la main ou de l'avant-bras, le blessé le sentait parfaitement. Il remuait aisément les doigts. Pendant cette réaction, j'ai cru apercevoir confusément de faibles oscillations de la radiale.

Le lendemain 4, calme général; les oscillations de la veille ne sont plus perçues.

Le 5, pas de pulsations perceptibles à la radiale; maintien de la chaleur, de la sensibilité et de la motilité du membre.

Le 6, on sent distinctement de faibles pulsations. Le pansement est renouvelé. La plaie de la ligature est en grande partie réunie. Un peu de suppuration par la plaie de la blessure.

Le 7, pulsations de la radiale comme la veille. (1/4 d'aliments.)

Le 8, les pulsations sont moins distinctes. C'est au point qu'on peut mettre en doute leur existence. — La plaie de la blessure est en pleine suppuration. (la 1/2.)

Du 9 au 15, alternatives des pulsations distinctes et non distinctes.

Le 16, le fil de la ligature tombe, et, le 18, la plaie de l'aisselle est complétement cicatrisée. Celle de la blessure suppure moins, elle tend à la cicatrisation.

Le 11 avril, guérison; le blessé sort de l'hôpital.

(*Archives belges de médecine militaire*, mai 1849).

MÉMOIRE SUR L'ANATOMIE DE LA CONJONCTIVE, AU POINT DE VUE DE SES ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES ET DE LEUR TRAITEMENT;

Par H. De Condé, médecin de régiment, à Liége.

La conjonctive, on le sait, appartient à l'ordre des muqueuses; elle est unie à celle des fosses nasales dont elle n'est qu'un pro-

longement, une expansion ; et de même que les diverses muqueuses présentent des différences d'organisation, la conjonctive possède des éléments anatomiques qui lui sont propres. Ces éléments diffèrent même dans chacune de ses subdivisions.

Bichat et ses contemporains croyaient que la chassie méïbomienne était le seul fluide existant pour lubrifier la conjonctive.

Plus tard, M. Magendie s'est assuré par des expériences que le mucus, dans les membranes muqueuses, se forme dans des lieux où il n'existe point de follicules, et dès lors il a paru possible de se rendre compte de l'immense quantité de mucus sécrété dans les ophthalmies purulentes.

L'épidémie d'ophthalmie contagieuse de Mayence a fourni au médecin de régiment prussien Müller l'occasion de faire des recherches sur l'organisation de la muqueuse des paupières. Par des dissections, il fut conduit à admettre que des glandes muqueuses propres à la conjonctive occupent toute l'étendue des fibro-cartilages tarses, sans néanmoins les dépasser ou en les dépassant très-peu aux paupières inférieures ; tandis qu'aux paupières supérieures, on les aperçoit très-évidemment, une ligne plus loin, dans la continuation de la conjonctive vers le trou orbitaire (1).

A la sollicitation de Rust, le docteur Stachow fit des recherches sur le même sujet, et les résultats qu'il obtint vinrent pleinement confirmer ceux annoncés par Müller : « il trouva toujours aussi ces glandes près de cette portion de la conjonctive qui approche le plus du tarse, et plus souvent vers la fin qu'au milieu du fibro-cartilage ; il ne les vit jamais dans la conjonctive oculaire (2). » Cependant Leuw, à la même époque, paraissait admettre que des glandes muqueuses tapissaient toute la conjonctive, car il dit que la conjonctive oculaire n'est si fréquemment épargnée dans l'ophthalmie purulente que parce que, entre autres choses, elle contient des glandules muqueuses moins nombreuses et plus délicates (3). L'opinion de Leuw se rapprochait beaucoup de celle de Janin, qui admettait l'existence de glandes répandues sur toute la surface de la conjonctive, qu'on ne distingue pas à l'état naturel, mais qui sont tellement visibles lorsqu'elles sont remplies, qu'on peut reconnaître jusqu'à leur structure. Janin les croyait destinées à la sécrétion des larmes.

Ensuite vinrent les recherches d'Eble, qui admit dans la con-

(1) *De la structure et des maladies de la conjonctive*, par B. Eble, Bruxelles, 1836, p. 12. Cet ouvrage a paru en allemand en 1828.

(2) Eble, *ouvrage cité*, p 13.

(3) Eble, *ouvrage cité*, p. 47.

jonctive palpébrale et dans celle du globe un épithélium, un corps papillaire et un chorium. On sait que, depuis lors, M. Flourens a retrouvé cette organisation dans toutes les muqueuses qu'il a étudiées, sauf cependant le corps papillaire, en remplacement duquel il désigne le corps muqueux de Malpighi. Selon Eble, la conjonctive palpébrale porte dans toute son étendue des traces d'un corps papillaire qui a été entrevu par Ruysch, par Sömmering, reconnu par Gräfe et enfin décrit sous un autre nom par Müller et par Stachow dans la conjonctive tarsienne ; mais il ajoute que son développement, qui diffère chez chaque individu, est plus prononcé aux endroits signalés par ces deux derniers. Il n'admet dans la conjonctive d'autres glandes que les follicules méïbomiens et ceux de la caroncule, mais il croit que les papilles concourent, pour une grande part, à la sécrétion de la muqueuse (1).

Dans son *Histologie appliquée à la physiologie et à la pathologie* (2), M. Burggraeve ne reconnaît point, dans toute l'étendue du tégument conjonctival, de glandes muqueuses disséminées ; selon lui, celles-ci sont concentrées dans l'angle interne de l'œil, où elles constituent la caroncule lacrymale. Il ne parle pas du corps papillaire d'Eble. Pour M. Burggraeve, les granulations de l'ophthalmie militaire sont une exsudation plastique que peut produire une végétation de tissu. La face interne des paupières se couvre alors de petits corpuscules hyalisés qui ne sont rien que des cellules épithéliales hypertrophiques (3).

D'après ce qui précède, on voit qu'il n'y a rien de plus vague que l'anatomie de la conjonctive palpébro oculaire, rien de plus contradictoire que les résultats obtenus. Pour Bichat et pour M. Burggraeve, il n'y a point de glandes muqueuses autres que celles qui constituent la caroncule lacrymale ; pour Bichat, point d'autres fluides pour lubréfier l'appareil externe de l'œil, que les larmes et la sécrétion méïbomienne ; d'après M. Magendie, il peut y avoir sécrétion muqueuse à travers les parois vasculaires de la membrane ; pour Müller et Stachow, il y a des glandes à la surface interne des tarses ; pour Leuw, il y en a

(1) Eble ajoute que l'anatomie comparée démontre également la structure papillaire de la conjonctive palpébrale ; il l'a vue très-bien développée sur des yeux de singes, de vaches, de moutons et de cochons, mais mieux encore sur la paupière injectée d'un verrat. Il faut se tenir en garde contre ces observations : nous avons examiné plusieurs yeux de mouton et de cochon, et il nous a été facile de reconnaître que le corps papillaire qui y a été signalé par Eble est un amas de follicules assez saillants pour être reconnus à l'œil nu et contenant un fluide muqueux.

(2) Gand, 1845, p. 630.

(3) *Idem.*

dans toute l'étendue de la conjonctive, mais en nombre infiniment moindre dans la conjonctive de l'œil que dans le reste ; pour Eble, il n'y a point de glandules muqueuses dans la conjonctive, mais on trouve dans toute son étendue un épithélium, un corps papillaire et un chorium.

Nous croyons qu'il est possible aujourd'hui de mieux préciser la composition anatomique de la conjonctive et d'indiquer la topographie complète de la partie de ses éléments, qu'il importe de connaître en pathologie.

Pour bien étudier la muqueuse palpébro-oculaire, nous la subdiviserons en trois parties : la conjonctive tarsienne, la conjonctive du repli et la conjonctive oculaire.

La première, la conjonctive tarsienne, est unie dans toute son étendue par un tissu cellulaire serré à la face postérieure des cartilages tarses ; on sait que c'est entre elle et les cartilages, et non loin du bord libre des paupières, que se trouvent les follicules de Méibomius, lesquels sécrètent une fluide onctueux et gras (la chassie), non soluble dans l'eau, et dont les caractères se rapprochent de ceux des matières grasses sécrétées par les follicules de la peau. C'est dans toute l'étendue de cette subdivision de la conjonctive que se développent les granulations dites charnues.

La seconde subdivision de la conjonctive est celle qui commence à environ une demi-ligne au-delà du bord adhérent du tarse, et qui se continue jusqu'à son application au globe de l'œil : on peut la dénommer conjonctive rétro-tarsienne ou du repli ; elle n'adhère à la graisse molle sous-jacente que par un tissu cellulaire très-lâche qui lui permet de se prêter dans certaines limites aux mouvements des paupières et du globe de l'œil.

En examinant cette partie de la conjonctive chez un grand nombre de sujets, on remarque, comme phénomène anatomique presque constant, qu'un vaisseau assez volumineux, souvent le seul qu'on aperçoive sur toute l'étendue de la conjonctive palpébrale, parcourt cette région en se divisant en une foule de ramuscules qui s'étendent latéralement en se ramifiant eux-mêmes, et donnent souvent à cette subdivision de la conjonctive une coloration jaunâtre qui tranche sur le blanc du reste de la muqueuse.

Eh bien ! c'est cette partie de la conjonctive seule qui, dans l'ophthalmie contagieuse, est susceptible de se couvrir des vésicules qui caractérisent ce mal et qui ne s'étendent jamais au-delà, soit sur la première portion, soit sur la troisième : sur cette

même subdivision de la conjonctive, on ne rencontre jamais de granulations charnues ou papillaires. Elle diffère donc de la première subdivision en ce qu'elle ne possède point l'élément de la granulalatien charnue, attribut exclusif de celle-ci, et en ce qu'elle contient l'élément de la granulation vésiculeuse que seule elle possède à son tour.

La troisième portion de la conjonctive recouvre le globe de l'œil. Passe-t-elle au devant de la cornée? Riolan et Janin se refusaient à l'admettre, tandis que la plupart des anatomistes, avec Boerhaave, Maître-Jan et Duverney, n'hésitaient pas à croire à ce passage. Depuis lors, Ribes, qui s'est beaucoup occupé de l'anatomie de l œil, s'est rallié à l'opinion de Riolan et a jeté un nouveau doute sur ce point litigieux. D'après le célèbre physiologiste Müller (de Berlin), la couche externe de la cornée, qui devient instantanément d'un blanc de neige dans l'eau chaude, est un épithélium qui se continue avec celui de la conjonctive, quoique ce dernier ne se comporte pas de la même manière avec l'eau chaude. « Les cellules constituantes de l'épithélium, dit-il, doivent donc présenter, sur la cornée, quelque chose de particulier, soit dans leur disposition, soit dans leur contenu (1). »

M. Lawrence est porté à croire que la cornée est tapissée par la continuation de la conjonctive.

« En effet, dit-il, la face antérieure de la cornée jouit de la même sensibilité que le reste de la conjonctive, et même la sensibilité de cette partie de l'œil est plus grande dans ce point que dans tout autre, tandis que les lames de la cornée paraissent être insensibles. Certaines altérations organiques qui surviennent au globe de l'œil s'étendent de la conjonctive de la sclérotique à celle de la cornée. Le prolongement des vaisseaux rouges et l'épaississement du tissu de cette membrane rendent quelquefois si palpable l'identité de structure de la conjonctive de la cornée avec celle de la sclérotique, qu'il est presqu'impossible de distinguer la limite qui sépare ces deux parties; enfin, on trouve chez quelques animaux une preuve évidente de la continuation de la conjonctive sur la cornée. (2). »

Pour M. Philippe Béraud, il ne peut y avoir de doute que relativement à la partie centrale de la cornée; car, sur sa circonférence il est facile de détacher des lambeaux de conjonctive, principalement en haut et en bas. De plus, si on examine ces parties au microscope, on voit que les surfaces de la conjonctive et de la cornée présentent le même aspect, à part le volume un peu

(1) *Manuel de physiologie*, t. I, p. 285.
(2) *Traite sur les maladies des yeux*, p. 48, édit. de Bruxelles.

moindre pour la dernière des petites saillies qu'on y rencontre. Enfin, le prolongement des vaisseaux de la conjonctive même jusqu'au centre de la cornée, dans les ophthalmies chroniques, milite encore en faveur de la présence de cette membrane sur toute la surface cornéenne (1).

Nous nous rallions à l'opinion que la conjonctive recouvre toute la face antérieure du globe de l'œil ; on peut la séparer de la cornée par vastes lambeaux, en macérant l'œil dans de l'eau chaude, ou en le soumettant à une légère coction. La muqueuse oculaire subit dans le ptérygion une dégénérescence spéciale qui, le plus souvent, ne s'étend pas au-delà de son tissu. Cette dégénérescence ne diffère nullement dans la conjonctive cornéenne de ce qu'elle est dans la conjonctive scléroticale.

La conjonctive oculaire est dépourvue tout à la fois de papilles, ou éléments de la granulation charnue, et des petits organes glanduleux, ou éléments de la granulation vésiculeuse : c'est à cette dernière circonstance et à l'emploi d'un traitement éradicatif, borné à la conjonctive palpébrale, qu'on doit d'avoir pu garantir si fréquemment le globe de l'œil. M. Mirault (d'Angers) a cru voir de véritables granulations à la surface de la cornée dans certaines maladies de cette membrane ; mais cet état grenu ou cette rugosité qu'il mentionne, et que nous avons vu plus d'une fois, ne peut être confondu ni avec nos granulations charnues, ni avec nos granulations vésiculeuses. Il résulte toujours du frottement des grains de la paupière supérieure sur le feuillet superficiel de la cornée ; celui ci se parsème alors d'une multitude de petits grains de sable transparents et presque imperceptibles ; les granulations de la cornée donnent un aspect terne à cette membrane, et on ne peut souvent les distinguer qu'en regardant l'œil de profil (2). Elles sont le résultat du ramollissement inégal du feuillet superficiel de la cornée.

Certaines influences morbifiques s'attaquent à la conjonctive dans toute son étendue, et à titre de muqueuse ; telles sont les influences rubéolique, scarlatineuse et variolique. On sait que les pustules varioliques peuvent se développer sur la cornée transparente et y revêtir les mêmes apparences que sur les autres membranes muqueuses. Comme elles ne se montrent sous les tissus épidermiques que là où il y a du tissu muqueux de Malpighi, on est fondé à croire que la membrane superficielle de la

(1) Article *Œil* du *Dictionnaire de médecine.*

(2) Canstatt. *Observations sur les maladies des yeux, recueillies au Dispensaire ophthalmique.* — *Bulletin médical belge.* 1835, p. 307 et suiv.

cornée est une muqueuse pourvue, sinon de chorion, au moins de tissu muqueux et d'épithélium.

Nous avons vu, chez une dame, un érysipèle, d'abord borné au cou, s'étendre ensuite à la face, aux paupières, et se porter de là sur la cornée transparente et y susciter le développement de taies qui furent lentes à se dissiper. L'érysipèle étant une maladie des tissus élémentaires de la peau, n'est-on pas en droit d'admettre qu'il y a autre chose dans la kératite érysipélateuse qu'une maladie de l'épiderme cornéen, qu'il y a là, en outre, un élément dermique ?

D'autres causes morbifiques ne peuvent avoir d'action que sur certaines parties parfaitement limitées de la conjonctive. C'est ainsi que l'élément lymphatique exagéré se traduit dans la conjonctive par l'intumescence des follicules de Méïbomius et l'augmentation du fluide mucoso-sébacé qu'elles sécrètent. Les phénomènes objectifs qui en résultent sont un épaississement et une rougeur de la muqueuse palpébrale voisine du bord libre, et ne s'étendant guère à plus d'une ligne au-delà (1). La même influence diathésique se traduit encore par une inflammation à caractères spéciaux de la conjonctive scléro-cornéenne, qui, dans l'immense majorité des cas, ne s'étend pas aux parties plus profondes. Il est inutile d'en parler ici ; tout le monde connaît les ophthalmies pustuleuses et les kératites lymphatiques ou scrofuleuses.

Mais d'où vient que la diathèse scrofuleuse se borne à affecter la conjonctive dans le voisinage du bord libre de l'œil et sa portion cornéenne, sans jamais amener d'altération à la conjonctive du repli ? Serait-ce parce que les glandules muqueuses de la portion rétro-tarsienne sont cachées plus profondément, et que les follicules méïbomiens, ayant leurs conduits excréteurs vers le bord libre, sont plus facilement influencés par les conditions atmosphériques ? Nous pencherions d'autant plus pour cette dernière opinion, que ce sont les muqueuses exposées incessamment à l'action atmosphérique, qui, presque seules, ont à souffrir dans les diathèses lymphatique et scrofuleuse. Nous regrettons que la mort de Fohmann ait empêché la publication d'un

(1) Dans les cas invétérés, cet engorgement prend une apparence légèrement mamelonnée ; mais il est plus mou que la granulation charnue, et, vu à la loupe, il ne présente point ces saillies ni ces sillons brusques et profonds, c'est-à-dire, l'apparence verruqueuse que nous signalons dans ces granulations : il amène par sa persistance l'épaississement et une induration souvent très-prononcée du voisinage du bord libre des paupières.

Cet engorgement lymphatique paraît affecter spécialement les glandules de Méïbomius, leurs conduits excréteurs et la muqueuse qui les tapisse. En pressant sur cet engorgement, il en sort souvent, et avec quelque abondance, un fluide épais et onctueux, qui n'est que de la chassie.

Mémoire qu'avait annoncé ce savant sur les lymphatiques de l'œil et des paupières, travail qui aurait sans doute contribué à la solution de cette question.

Nous avons déjà dit que les granulations vésiculeuses et charnues ne se montrent que sur des points limités de la conjonctive palpébrale. Nous nous en occuperons ici.

Granulations charnues. — Ces granulations sont composées de toutes petites saillies, adossées les unes aux autres, dures, et, lorsqu'elles sont anciennes, saignant facilement à l'attouchement. *A la paupière supérieure*, c'est à une ligne environ en deçà du bord adhérent du tarse qu'on les rencontre le plus confluentes et qu'elles prennent leur plus grand développement ; elles diminuent en confluence et en volume en approchant du bord libre ; à près d'une ligne en arrière du bord adhérent du tarse, elles disparaissent brusquement. A la paupière inférieure, c'est non loin du bord libre qu'elles sont le plus développées; c'est là aussi qu'elles sont le plus confluentes. *En dedans des deux paupières*, on les voit s'étendre, mais avec un développement infiniment moindre, vers la commissure interne jusqu'en dedans des points lacrymaux qu'elles entourent, et jusque sur la face antérieure du repli semi-lunaire. *Vers l'angle externe*, elles sont généralement plus développées et occupent une surface plus grande qu'en dedans. C'est surtout à la paupière supérieure que cela se remarque. On ne trouve jemais les granulations charnues entremêlées avec les vésiculeuses que sur la membraue clignotante.

Vues à l'œil nu et au commencement de leur évolution, la conjonctive qui les supporte présente assez bien l'apparence de l'écorce rugueuse de certains citrons, A un développement plus grand, elles ont été parfaitement dépeintes par Eble, dans les figures XIV, XVI et XVII, jointes à son livre sur la structure et les maladies de la conjonctive. Il est toutefois à remarquer qu'Eble considère, à tort, selon nous, cet aspect granuleux comme un état physiologique et normal.

Les granulations charnues ont été décrites par Müller, sous le nom de glandules muqueuses.

Vues au moyen d'une bonne loupe montée, ces granulations apparaissent comme autant de verrues très-mamelonnées, avec saillies, des arrêtes vives. On remarque que leurs diverses parties, ainsi que cela se voit ordinairement dans les verrues et dans les papilles de la langue, sont divisées jusqu'à la base par des tranches brusques et nettes. Leur surface libre est hérissée de rugosités. Ces granulations sont séparées les unes des autres par des sillons très-profonds, lesquels sont occupés par les prin-

cipales branches vasculaires, qui de là paraissent envoyer un lacis très-fin aux saillies verruqueuses qu'elles séparent.

Les granulations charnues, assez molles au début de leur évolution, deviennent plus tard dures et présentent à l'instrument tranchant la même résistance que le tissu fibreux. Nous ne leur avons jamais trouvé de cavité, et nous ne les avons jamais vues abreuvées d'un fluide quelconque. On peut les conserver dans l'alcool ; nous en possédons qui, depuis huit ans, sont immergées dans ce liquide, et qui conservent encore tous les caractères qui leur sont propres.

La granulation charnue n'est point nécessairement liée à notre ophthalmie ; elle n'en est qu'un phénomène pathologique secondaire. Lorsque la granulation vésiculeuse parcourt un développement régulier, la face interne du tarse conserve longtemps et peut conserver toujours sa netteté et son poli physiologiques. Aussi, l'opinion de MM. Laugier, Sichel, Stœber, Fallot et Carron du Villards, que la granulation est le résultat de l'hypertrophie et de l'inflammation des papilles et des follicules muqueux de la conjonctive des paupières, n'est-elle fondée que lorsque le développement villeux ou papillaire est venu se joindre au développement des glandules muqueuses qui tapissent la conjonctive rétro-tarsienne.

Qu'est-ce que les granulations sarcomateuses ? Elles paraissent bien résulter du développement, de l'hypertrophie, de l'induration du corps villeux si bien décrit par Béclard dans les membranes muqueuses en général ; il suffit, pour s'en convaincre, d'examiner la conjonctive tarsienne à la loupe, chez des sujets sains : son beau poli présente une apparence légèrement chagrinée, dans laquelle on reconnaît facilement l'élément de la granulation charnue.

Granulations vésiculeuses. — Si l'on assiste au début de l'évolution des granulations vésiculeuses, on remarque que précisément à l'endroit où se trouve normalement le faisceau vasculaire que nous avons signalé dans la subdivision rétro-tarsienne de la conjonctive palpébrale, il se développe une foule de petits points saillants, faisant un léger relief conique ou orbiculaire à la surface de la conjonctive ; c'est toujours dans le voisinage des ramuscules vasculaires et surtout vers l'origine du vaisseau principal, c'est-à-dire vers le canthe externe, qu'elles se montrent d'abord et qu'elles deviennent et restent pendant longtemps le plus confluentes.

La marche de cette granulation est presque toujours ascendante chez nos militaires : les petites pointes en relief se mon-

bientôt sons l'apparence de petites perles hyalines ; en même temps le vaisseau qui les alimente grossit, s'enrichit de ramuscules nouveaux ; la muqueuse acquiert un aspect enflammé ; enfin, le développement des granulations ne tarde pas à devenir complet ; le processus inflammatoire de la conjonctive qui les environne et les recouvre devient en même temps de plus en plus évident et profond.

Arrivées au summum de leur développement, elles présentent les caractères suivants (1), reconnaissables à l'œil nu, mais pouvant être mieux reconnus au moyen d'une forte loupe : sur cette partie de la conjonctive qui abandonne le bord postérieur des tarses pour se porter au globe de l'œil, on remarque une quantité plus ou moins grande de saillies de grandeurs diverses, souvent comme des grains de millet ; ces petits corps sont des vésicules à parois minces, offrant un aspect semi-transparent et contenant un fluide visqueux également semi transparent : ouvertes et soumises à une légère pression, ces vésicules se vident et s'affaissent. Cet affaissement peut encore s'obtenir par la pression seule ; on voit alors le fluide sourdre, suinter à travers une foule de petits points, des parois de la vésicule, et entourer celle-ci comme un petit nuage. Si on enlève le fluide écoulé et qu'on répète cette petite opération, la vésicule s'affaisse complétement, et si on l'incise, on trouve sa paroi interne très-lisse et très-vasculaire.

Ces granulations, quant à leur nombre et à leur disposition, offrent autant de variétés qu'il y a d'individus ; cependant elles ont généralemet la disposition suivante :

Les granulations plus ou moins rapprochées sont disposées en une ou plusieurs rangées ou séries linéaires, ordinairement deux, et se trouvent ici en rapport avec le nombre des plissures de la portion de la conjonctive dont nous parlons. Ces granulations sont séparées les unes des autres par des sillons occupés par des vaisseaux qui se sont développés au delà de leur état normal, et qui y fournissent, à chaque granulation correspondante, une foule de ramifications plus fines qui se distribuent en réseau dans les parois des vésicules.

Lorsqu'on excise une portion de la conjonctive du repli, dans les cas de granulations anciennes, et qu'on lave le lambeau, les granulations vésiculeuses apparaissent encore avec tous ces caractères, et jamais on n'y trouve la matière fluide concrétée ou épaissie. *(La suite à un prochain numéro.)*

(1) Pour étudier les granulations vésiculeuses, nous excisons une portion de la conjonctive rétro-tarsienne chez un sujet qui en est porteur.

ESSAI SUR L'HYPOCHONDRIE ;

Par J.-D. HANNON, docteur en médecine, en chirurgie, en accouchements, en sciences physiques et naturelles, et lauréat des concours universitaires.

(Suite : *voir* le n° de mai 1849, p. 1.)

Dubois, (d'Amiens). — Pour le fond, il a les idées de Georget, Gérard et Fabret; pour la forme, il est plein d'originalité, d'esprit, de critique, souvent acerbe, parfois injuste, surtout à l'égard de Louyer-Villermay, qui se montre cependant si parfait en traitant la partie pratique de l'hypochondrie.

M. Dubois ne cherche point dans cette affection la lésion organique. Il ne voit dans le cerveau que les organes de l'*être pensant*. Dès lors l'hypochondrie est une lésion du principe intelligent lui-même. Suivant notre auteur, l'hypochondrie est une *fâcheuse application des forces de l'intelligence humaine*. Tout son livre tend à prouver que *tout* part de là dans cette maladie, que *tout* peut y être rapporté. Il appuie cette assertion des raisonnements les plus convaincants. Il fait voir les causes morales agissant toujours sur l'esprit, toujours viciant l'état normal, produisant les travers de l'imagination, les bizarreries, les boutades.

M. Dubois, dans cette partie de son ouvrage, déploie un remarquable talent, une fécondité inépuisable de ressources ; mais il lui manque la pratique de Louyer-Villermay pour être complet.

M. Dubois pour arriver plus sûrement à prouver que la cause de l'hypochondrie est tout à fait morale, s'est attaché à combattre Villermay en prenant, une à une, ses observations, et en les ramenant toutes à une cause morale.

Ceci ne prouve en rien que les choses se passent comme veut le prouver M. Dubois. S'il n'existait qu'un seul fait où l'hypochondrie fût due à une cause physique, la théorie du médecin d'Amiens serait déjà bien compromise. Or, Villermay, M. Barras, M. Brachet en ont cité beaucoup où il est impossible de trouver aucune trace de cause morale avant que la maladie ne se soit déclarée.

Ces faits suffisent pour renverser l'opinion qui s'appuie sur les causes morales, afin de faire de l'hypochondrie une affection de l'encéphale.

Nous reprendrons en temps et lieu cette discussion.

Revenons en aux opinions de l'auteur. On peut, d'après lui, considérer l'hypochondrie comme une *monomanie* bien distincte, puisqu'elle est caractérisée par une préoccupation dominante, spéciale, exclusive, c'est-à-dire, pour une crainte excessive et continuelle de maladies bizarres et imaginaires, ou par l'intime persuasion que ces maladies, réelles à la vérité, mais toujours mal appréciées, ne peuvent se terminer que d'une manière funeste.

Il admet que la pensée ne peut se manifester sans l'intervention

des organes encéphaliques, et néanmoins il pense qu'il y a parfois prédominance de telles ou telles idées en raison des sensations venues du dehors, sans que cette prédominance tienne à un changement *morbide* dans les dispositions physiques du cerveau. Il y a là contradiction, à moins de sortir du domaine de la physiologie psychologique pour entrer dans celui de la métaphysique pure.

L'esprit ne peut être indépendant de l'encéphale, pas plus que les symptômes de l'hypochondrie ne peuvent être indépendants de l'organisme.

M. Dubois divise l'hypochondrie en six variétés de monomanie. Cette division est inexacte, et qui plus est, il y fournit des armes contre lui-même. C'est ainsi que, dans la manie hypochondriaque, il dit que les désordres abdominaux prédominent, dans la monomanie pneumocardiaque, ce sont les désordres respiratoires et circulatoires.

M. Dubois s'est en outre mainte fois contredit dans son Mémoire ; maintes fois il a obscurci sa pensée en l'affaiblissant. C'est ainsi que, vers la fin de son travail, M. Dubois se rapproche singulièrement par ses idées de celles qu'il avait si amèrement critiquées d'abord. Voici ses paroles : « N'y a-t-il pas plutôt excès que défaut de perfectionnement dans les idées du malade? trompé par des sensations qu'il a fini par susciter lui-même dans les organes, il se croit presque toujours atteint d'une maladie singulière et bizarre, lorsque la texture de ses organes n'est pas encore altérée.

« Des organes qui devaient à jamais rester plongés dans le silence s'éveillent enfin comme étonnés de cette investigation, et apportent à l'âme des sensations douloureuses et permanentes ; sensations qui finissent parfois par empoisonner toute l'existence, parce qu'à chaque instant elles rappellent à l'âme et l'idée d'une maladie grave, et celle d'une fin prochaine (1). »

Leuret. — Cet auteur fait de l'hypochondrie un délire partiel qui existe seul ou coïncide avec une lésion corporelle. Contrairement à l'opinion de Dioclès, il considère les lésions gastro-intestinales comme des symptômes, non pas nécessaires, mais accessoires.

« Nous appelons hypochondrie, dit-il, cet état dans lequel l'attention est fixée presque continuellement sur une *maladie réelle ou imaginaire*, et qui s'accompagne de tristesse et de crainte non motivées. » (2).

Michéa. — Puisque les enseignements de la physiologie pathologique, dit-il, forcent à rapporter exclusivement au cerveau

(1) Hist. philos. de l'hypoc. et de l'hyster. p. 420, 421, 215, 198, 426, 294, 385, 419, 425 426, 429, 433, 1833.

(2) Fragm. psychol. sur la folie 1834, p. 370.

tous les symptômes *constants, pathognomoniques*, il reste certain que le siége de l'hypochondrie doit être fixé dans ce viscère, et non ailleurs, tant que cette affection reste simple, bien entendu.

Ceci suffisamment établi, l'hypochondrie simple ayant exclusivement son siége dans l'encéphale, il s'ensuit qu'on doit chercher au sein de cet organe la modification qui constitue la nature intime de cette maladie.

« A défaut de lumières fournies par l'autopsie, nous devons avoir recours à celles dont peut disposer la physiologie pathologique du cerveau, dit M. Michéa; nous devons nous borner à l'analyse des effets morbides, en tirer tout le parti profitable, sans plus nous inquiéter de leur essence, qui nous est tout aussi incompréhensible que celle de la lumière et de l'électricité. Or la science des fonctions de l'homme nous apprend que l'hypochondrie est une névrose, non pas du sentiment ou du mouvement, mais de l'intelligence; que cette vésanie n'altère jamais, à moins de complication, la totalité des facultés de l'esprit; qu'elle est constamment exempte de tout caractère joyeux. »

Il considère en conséquence l'hypochondrie comme une espèce de monomanie triste, une lypémanie, qui consiste dans une méditation exagérée sur le *moi* physique, sur l'état du corps, sur la santé, en d'autres termes, dans la terreur extrême d'être affecté de maladies qu'on juge dangereuses, incurables, susceptibles de conduire au tombeau. Ce délire partiel, s'il fallait le caractériser par un seul mot, devrait s'appeler, d'après M. Michéa, *tanasimonosophobomanie*. (1).

Chap. V.— Nous examinerons d'une manière fort succincte dans ce chapitre l'opinion de M. Brachet, de Lyon. Nous avons, dans notre ouvrage, suivi sa doctrine si lucide, nous pouvons donc nous dispenser ici d'insister beaucoup sur sa manière de voir. D'après lui, le siége de l'hypochondrie est complexe : le cerveau, les nerfs cérébraux et le système nerveux ganglionnaire sont tous également malades dans cette affection.

Brachet (de Lyon). — Selon ce praticien, l'hypochondrie n'a point son siége exclusivement dans l'un des centres du système nerveux, ni dans le cerveau, ni dans la moelle épinière, ni dans les nerfs, ni dans les ganglions; elle a son siége à la fois dans tout le système nerveux, tout l'appareil est compromis en même temps, et si une partie du système nerveux n'y joue pas son rôle, l'affection ne saurait se nommer *hypochondrie*.

Le cerveau, les nerfs, les ganglions ne fournissent pas toujours

(1) Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypochondrie. *Michéa*, Paris, 1845.

des symptômes d'une importance égale. Tantôt les désordres de l'esprit dominent, tantôt les nerfs présentent les troubles prépondérants, tantôt ce sont les ganglions nerveux.

Le trouble du jugement et de l'imagination sont, suivant M. Brachet, l'élément capital et nécessaire; il admet que le point de départ de la maladie se trouve toujours dans un désordre corporel, dans un état névrophatique assez circonscrit d'abord, et presque général ensuite (1).

Chap. VI. — Nous avons cru devoir faire un chapitre à part de l'opinion qui considère l'hypochondrie comme due uniquement à l'électricité atmosphérique et à la suppression de la transpiration cutanée.

Révillon. — Cet auteur se forme une opinion isolée, excentrique, qui n'a de rapport avec aucune autre. C'est dans une sorte d'astrologie atmosphérique que ce médecin va chercher la cause de l'hypochondrie. Il fait intervenir l'électricité dans le jeu de l'organisme, dans la production des maladies nerveuses. La transpiration est le moyen employé par l'économie pour lutter contre les intempéries. « Si, dit-il, une imagination dépravée constituait toute la maladie, je devrais être toujours hypochondriaque; au contraire, ma situation suit les changements de saison, du temps : un ciel serein, une bonne digestion, me rendent ma fermeté. »

Si Révillon se fût contenté de signaler l'influence atmosphérique; de montrer le rôle qu'elle jouait dans l'organisme des hypochondriaques, dans la production ou l'exaltation des phénomènes de la maladie, il serait resté dans le domaine de la vérité. Mais il a placé l'affection tout entière dans cette cause extérieure, sans tenir compte de l'état et de l'action des organes. Il s'est borné à observer attentivement sur lui-même durant quinze ans l'influence de l'électricité et de la perspiration qu'elle occasionne (2).

LIVRE SECOND.

Quelques considérations anatomiques et physiologiques sont indispensables avant d'en venir à l'histoire pathologique de l'hypochondrie. Le mécanisme de sa production s'expliquera ainsi tout naturellement.

Chap. I. — *Considérations anatomiques et physiologiques.*

§ I.

L'économie animale est formée de solides et de liquides

(1) Traité de l'hypochondrie, 1844, p. 334-320.

(2) Recherches sur la cause des affections hypochondriaques; 1797, lettre 6, p. 25.

agissant et réagissant sans cesse les uns sur les autres aussi longtemps que le principe vital se manifeste.

Ce phénomène a lieu par l'intermédiaire des deux appareils d'innervation, bien distincts par les actes qu'ils déterminent, par les organes qu'ils vivifient.

L'un, le système cérébral, est constitué par un organe central et par des cordons qui se rendent à toutes les parties du corps. Percevoir des sensations, déterminer des mouvements, voilà quelles sont ses fonctions.

L'autre, l'appareil ganglionnaire, préside aux actes de la vie organique, à l'absorption, à la circulation, aux sécrétions, à la nutrition.

Ces deux appareils sont formés de substance grise, composée de globules, et de substance blanche, composée de fibres. Les globules sont accumulés dans tous les centres nerveux, les fibres forment les cordons nerveux. Ces fibres sont partout continues dans leur trajet ; leur seul rapport avec les globules est un rapport de contiguïté. L'innervation se produit dans les masses de substance grise et se transmet au moyen des fibres à toutes les parties de l'organisme.

Veut-on comprendre l'influence que peut exercer sur tout le système nerveux un point douloureux de l'organisme, il est indispensable de jeter un coup d'œil rapide sur la structure des divers appareils d'innervation, et sur leurs corrélations.

Si nous commençons par la moelle rachidienne, nous la trouvons formée par une suite de ganglions répondant chacun à une vertèbre, et intimement réunis. Comme toutes les parties de la masse nerveuse centrale, la moëlle est formée de deux parties semblables juxtaposées, et jointes par des commissures. La substance grise ganglionnaire est entourée de toute part de fibres nerveuses se rendant supérieurement dans l'encéphale et se terminant inférieurement en anses d'inflexion pour revenir sur elles-mêmes. L'encéphale est également formée de fibres et de substance grise ganglionnaire, occupant le centre des masses cérébrales. Les fibres sont de deux espèces : les unes sont la continuation des six faisceaux de la moelle rachidienne, les autres sont la continuation des six faisceaux de renforcement de la moëlle allongée. Parmi ces fibres, les unes se terminent dans la moëlle allongée, en décrivant des anses d'inflexion et en s'entrecroisant, les autres divergent supérieurement pour aller former le cervelet au moyen des pédoncules cérébelleux, le cerveau et les lobes optiques, au moyen de deux gros faisceaux.

Toutes ces fibres, en arrivant dans ces masses encéphaliques, divergent en traversant différents noyaux de substance grise, où

elles continuent leur trajet et s'accompagnent de nouvelles fibres de renforcement, pour arriver jusqu'à la surface de l'encéphale. Là, elles forment des anses d'inflexion et, revenant sur leurs pas, se réunissent par plusieurs commissures. Toutes les fibres du cerveau qui ne se sont pas jointes par des commissures retournent dans les pédoncules cérébraux pour rentrer dans la moelle et achever ainsi leur circuit.

Telle est, en résumé, la structure des centres nerveux, où les nerfs prennent naissance au moyen d'anses d'inflexion, pour aller se terminer de la même manière dans les organes.

Quant aux ganglions du système nerveux de la vie organique, ils sont également formés de substance grise d'où naissent un grand nombre de fibres nerveuses.

Toutes les fibres, réunies en faisceaux innombrables pour former les nerfs, marchent dans tous les sens, et s'anastomosent de mille manières ; parmi ces fibres, les unes perçoivent les sensations, les autres déterminent le mouvement des fibres musculaires ; il en est enfin qui provoquent la circulation, la nutrition, l'absorption et les sécrétions.

Les deux systèmes nerveux sont donc représentés dans chaque nerf, dont chaque fibre préside à un ordre de fonction bien distinct, recevant des impressions spéciales d'incitateurs particuliers. La sensation du système nerveux cérébral est perçue par le cerveau ; la sensation du système nerveux ganglionnaire s'arrête dans les ganglions, quand elle n'est pas exagérée.

Lorsque la sensation est régulière, sans excès, il y a bien-être ; si elle est exaltée ou dénaturée par des causes pathologiques, elle produit sur son organe percevant et sur tout le système nerveux, au moyen des connexions indiquées précédemment, des impressions pénibles qui finissent par l'exaspérer, en viciant le rhythme normal, et le disposent aux maladies. La sensation organique s'exerce principalement dans l'intérieur des organes ; elle n'a d'action que sur des molécules infiniment ténues, formant un liquide, qui est l'incitateur principal de cette sensibilité spéciale.

Tant que les agents affectent les organes normalement et avec régularité, ils n'y produisent que des sensations satisfaisantes, et ils constituent la santé ; mais si les liquides changent, ils produisent au contraire sur les organes une impression désagréable. Que cet état se perpétue, et les actes qu'elle détermine, puis l'économie entière, en souffriront.

On voit comment l'agent des actes organiques se trouve ainsi compromis par cette altération des liquides, sur lesquels il exerce son action et dont il reçoit ses impressions. On voit comment les

maladies peuvent commencer par ces désordres appartenant à la classe d'incitateurs du système ganglionnaire. On voit comment tous les organes, devenus ainsi malades, doivent être modifiés dans leur manière d'être et dans l'exercice de leurs fonctions, et par suite comment le cerveau et ses nerfs doivent en recevoir la même influence fâcheuse.

Or, tout s'harmonise dans l'économie, tous les actes tendent au même but, tous les organes sont solidaires l'un de l'autre. On sent combien les constitutions nerveuses pourront se modifier; on sent combien un système d'organe, qui a acquis un développement physiologique plus considérable que les autres, pourra exercer d'influence sur toute l'économie.

L'homme possède encore, outre le principe de vie qui anime la matière organisée, l'intelligence qui le distingue de la brute.

L'influence de ce principe sur le physique est immense. Tant que l'incitation du moral se fait dans des limites régulières, toutes les fonctions s'exécutent sans douleur, la santé n'en est point troublée; mais si les agents incitateurs produisent une surexcitation anormale de l'imagination, il en résulte un malaise qui peut amener un état pathologique.

Parmi les incitateurs de l'intellect, il en est quelques-uns dont l'influence est puissante; l'éducation tient le premier rang parmi ceux-ci. Quel ne sera pas l'effet produit sur une organisation primitive et originelle par une éducation physique molle et efféminée, par une éducation intellectuelle mal entendue? C'est surtout chez la femme, qui apporte en naissant plus de sensibilité nerveuse, plus d'impressionnabilité, que cette mauvaise direction aura de fatales conséquences. A ces causes viennent s'en joindre d'autres : les maladies n'apportent pas moins de changements dans l'état normal des fonctions nerveuses. Celles qui auront leur siége dans quelque partie de l'appareil céphalo-rachidien, qui détermineront, soit des souffrances vives et longues, soit des spasmes plus ou moins prolongés, doivent être placées en première ligne. Viendront ensuite les affections chroniques des organes qui coopèrent à la digestion. Que ces causes viennent à agir sur une constitution physiologiquement prédisposée, soit par les vices de l'éducation et de la société, soit par les passions ou par les maladies, soit par une disposition originelle à contracter l'hypochondrie, la maladie se développera. Ces considérations posées, nous pouvons passer à l'analyse physiologique de l'hypochondrie.

§ II.

Supposons une femme du monde accoutumée à toutes les flat-

teries, à tous les plaisirs, gâtée en un mot par les vices de la société, et joignant à cela une constitution nerveuse. L'âge du retour arrivant, les adulations cessent, les plaisirs fuient, l'abandon survient. Cette femme se dépitera d'abord en silence, elle deviendra plus irritable, plus susceptible. Il ne faudra pas longtemps pour que, sous l'influence de mille petits chagrins mondains, sa constitution se détériore; des accidents nerveux erratiques surviendront les premiers, ils seront plus fréquents à l'épigastre, puis ils finiront par s'y fixer. Cette personne portera son attention sur ce phénomène et cherchera à l'interpréter. Alors commenceront les premiers symptômes de l'hypochondrie avec la réaction de la gastralgie sur l'imagination ; celle-ci transformant les phénomènes existants en une foule de maladies, fera naître des accidents nouveaux et se tourmentera sans cesse.

Une passion violente contrariée agit d'une manière analogue. Le système nerveux entier commence par en souffrir, la poitrine devient un foyer de concentration fort inquiétant. Alors l'imagination s'affecte, crée autant de maladies que le malade éprouve de sensations pénibles et de phénomènes différents.

L'hypochondrie, on le voit, ne se déclare dans ces circonstances, que lorsque des symptômes nerveux ont eu lieu pendant assez longtemps pour modifier à leur tour le centre nerveux cérébral, et vicier son mode de perception et de réaction.

Presque tous les cas d'hypochondrie sont analogues aux deux exemples précités. Si les travaux de cabinet agissent lentement sur le système nerveux, ils en augmentent la susceptibilité et finissent par occasionner une névropathie plus ou moins générale dont les principaux phénomènes se manifestent dans l'épigastre et dans les hypochondres. Le cerveau et l'imagination deviennent secondairement malades. Les sensations éprouvées sont vraies, mais exagérées et dénaturées par des nerfs vicieusement affectés.

La cause morale ou intellectuelle agit d'abord sur l'encéphale; cet organe réagit ensuite sur l'économie entière au moyen des nerfs, principalement sur quelques organes de prédilection, notamment sur l'estomac et ses annexes. Ces phénomènes bizarres exercent à leur tour leur influence sur les actes cérébraux et les vicient. Voilà tout le secret physiologique de l'hypochondrie. Jamais, dans les cas ordinaires, le cerveau n'est primitivement malade, cela n'a lieu que dans l'hypochondrie constitutionnelle, véritable monomanie unie à une sorte de démence et d'imbécillité.

Les causes morales que nous venons d'examiner ne sont pas les seules qui amènent l'hypochondrie. Les plus communes après celles-ci sont les causes provenant de l'estomac et de ses annexes.

La gastralgie marche la première ; qu'elle soit primitive et essentielle ou qu'elle ait été la conséquence d'une autre affection de l'estomac, et surtout d'une gastrite chronique, les effets sont toujours les mêmes. Le dérangement de la digestion est le premier phénomène apparent ; le système nerveux est surexcité et modifié, d'abord dans les parties voisines où il occasionne des spasmes, des battements, des sécrétions vicieuses de bile ; puis dans les parties les plus éloignées, où il détermine des palpitations de cœur, des spasmes de la poitrine, des toux muqueuses, des douleurs variées des membres, des sensations bizarres et des battements. La névralgie, d'abord locale, devient générale par l'action continue du mal sur le système nerveux ; ce dernier, agissant continuellement sur l'encéphale par les sensations douloureuses et pénibles qu'il ne cesse de lui transmettre, le fatigue bientôt, et s'il rencontre une prédisposition acquise ou naturelle, ces impressions fâcheuses en excitent l'action, la pervertissent et font de l'encéphale l'organe qui joue le rôle le plus important dans la maladie. Tout devient pour l'imagination viciée une cause de souffrance et d'irritation. Dans cet état maladif, elle réagit sur les sensations qu'elle reçoit, conformément à l'état dans lequel elle se trouve : elle dénature des sensations déjà pénibles et les transforme en autant de maladies.

Il y a donc ici : 1° maladie nerveuse primitive de l'estomac ; 2° maladie nerveuse consécutive ; 3° réaction encéphalique. La gastralgie, l'entéralgie, une affection du pancréas ou du foie agissent de la même manière. De plus, leurs sécrétions sont-elles viciées, ces organes rendront les digestions laborieuses, produiront un chyle de mauvaise nature qui déterminera sur l'économie une incitation anormale. Le système nerveux tout entier finira par donner lieu à mille phénomènes nerveux chez les individus irritables, et l'hypochondrie surviendra.

Toutes les maladies des autres organes peuvent aussi devenir causes déterminantes d'hypochondrie, si elles agissent assez longtemps.

Le siége réel du mal ne peut donc être placé dans aucun organe particulier, pas même dans le système nerveux exclusivement. L'intelligence, le système nerveux cérébral, le système nerveux ganglionnaire et un organe, sont toujours affectés dans l'hypochondrie.

En restreignant le mal comme on l'a fait dans un point de l'économie, on ne présente point l'ensemble, la totalité de la maladie, on ne donne qu'une partie pour le tout : l'hypochondrie est alors incomplète ou tronquée. La maladie siége à la fois dans les trois ordres d'organes nerveux. Tous trois sont compromis simultané-

ment, et le rôle que chacun d'eux y joue est si important, que s'il s'en abstenait la maladie ne serait pas l'hypochondrie.

Cela étant, quelle est la nature de la maladie? quel est l'état anatomique des parties qui sont le siége du mal? Pison crut trouver une altération dans le cerveau, Willis indiqua la sérosité baignant le plexus choroïde, Whytt, Lientaud, Morgagni, Pujol, Prost, Broussais indiquèrent l'inflammation chronique de l'estomac et des intestins; Comparetti et Barbier, d'Amiens, trouvèrent des nerfs et des ganglions gonflés et rougeâtres.

Ces lésions n'ont rien présenté de pathognomonique. Toutes résultent de complications. On doit s'attendre dans une semblable maladie à ne trouver aucune espèce d'altération. On en est réduit à supposer une exaltation des propriétés vitales inhérentes aux nerfs. M. Barras a fait tous ses efforts pour découvrir des lésions organiques, mais les faits ne lui ont rien appris sur l'état pathologique des nerfs et du cerveau.

L'anatomie pathologique ne nous apprenant rien, c'est à l'analyse physiologique qu'il faut avoir recours. Une foule de phénomènes qui annoncent un grand dérangement dans le rhythme normal des fonctions des deux ordres de nerfs et dans l'imagination, désordre que Sydenham avait si bien nommé *ataxie* des esprits, voilà ce que l'on trouve en analysant tous les faits relatifs à l'hypochondrie. Il y a toujours : souffrance, douleurs plus ou moins fortes, sensations étranges, commencements de paralysie, battements anormaux, sécrétions vicieuses, idées inexplicables, en un mot, désordre, bizarrerie du système nerveux, *ataxie*.

Ces lignes renferment toute la doctrine de l'hypochondrie.

Chap. II. — *Histoire pathologique de l'hypochondrie.*

§ I. — *Etymologie.*

Le mot *hypochondrie* est dérivé de ὑπὸ sous, et de χονδρος, cartilage, c'es-à-dire maladie des organes sitiués derrière les cartilages ou dans les *hypochondres.*

Pour bien faire comprendre ce que les anciens entendaient par *hypochondres*, rappelons la division de l'abdomen d'après les modernes. On distingue d'abord trois régions médianes : l'épigastre, la région ombilicale, l'hypogastre; ensuite, de chaque côté, trois régions latérales qui se correspondent et gardent le même nom à droite et à gauche, savoir : les hypochondres séparés par l'épigastre; les flancs, séparés par la région ombilicale; enfin, les fosses iliaques séparées par l'hypopogastre. Chez les anciens, les mots ὑποχόνδριον ou ὑποχόνδρια pa-

raissent désigner, quand ils s'appliquent aux parois abdominales, une région bornée en avant et en haut par le rebord des fausses côtes, en bas par une ligne horizontale qui passe au-dessus de l'ombilic, et sur les côtés par les flancs (κενεῶνες), dont les limites sont indéterminées. Quand ces mots s'appliquent aux parties profondes, tantôt ils désignent les viscères placées sous les fausses côtes et à l'épigastre, tantôt ils s'étendent à tout l'intérieur du ventre. Ainsi, quand ὑποχόνδριον désigne les parois musculeuses, il ne comprend guère que l'épigastre, et ment à son étymologie.

Quand il sert à désigner les parties profondes, parfois il est employé dans les limites de son étymologie, mais souvent il les dépasse de beaucoup.

Dès la plus haute antiquité, on regarda l'hypochondrie comme un effet de l'obstruction des viscères de cette région : l'estomac, la rate, le foie, la veine-porte, l'artère cœliaque et mésentérique.

§ II. — *Synonymie.*

Morbus flatuosus. Diocles, Aetius.
Hypochondria, Morbus hypochondriacus. Latins.
Morbus minachialis. Arabes.
Morbus hypochondriacus. Frascator, Boerhaave.
Malum hypochondriacum. Galien, Hoffmann, Juncker.
Hypochondrismus. Huxham.
Hypochondriasis. Sauvages, Linné, Vogel, Sagar, Cullen.
Hallucinatio hypochondriasis. Crichton.
Hyperkinesia gastrica. Swediaur.
Dyspepsia hypochondrias. Young.
Alusio hypochondrias. Good.
Mater Scorbuti. Barbette.
Morbus resiccatorius. de plusieurs auteurs.
» ructuosus. *Id.*
» corruptorum. *Id.*
Hypochondriaca affectio. *Id.*
Melancholia hypochondriaca. *Id.*
Névrose gastro-intestinale. *Id.*
Gastro-entéralgie hypochondriaque. *Id.*
Morbus niger, (à cause de l'humeur sombre.)
Vapeurs, XVIIIe siècle.
Cérébropathie. Georget.
Encéphalopathie. Falret.
Nécrophobomanie. Michéa.
Tanasimonosophobomanie. Michéa.

Hypochondrie. Des auteurs.
Nosomanie. De quelques auteurs.

§ III. — *Nom de l'hypochondrie chez les différents peuples.*

Hypochondrie, affection mélancolique, imaginaire, hypochondriaque, vaporeuse. Vapeurs, passion hypochondriaque, tartare des hypochondres, maladie des savants. Fr.
Υποχονδριακὸς πάθος καί φυσωδῆς. Grec.
Hypochondria. Lat.
Ipochondria. Ital.
Pation hipocondriaca, hipocondria. Esp.
Hypocondrism. vapours, low spirits. Blue devils. English malady, spleen. Angl.
Grillenkopfkrankheit. Allem.
Zwaarmoedigheid. Hol.
Modsot Dan.
Micelsinka. Suéd.

§ IV. — *Définition.*

Il est bien difficile, au milieu du vague et de l'incertitude qui règne encore sur cette maladie, de la définir convenablement. Renfermer en quelques mots l'exposition précise de ses phénomènes essentiels, voilà quelle devrait être sa définition. Personne jusqu'à ce jour n'est parvenu à la donner exacte.

Les uns regardent comme hypochondriaques les hommes ordinairement tristes et chagrins qui sentent vivement tout ce qui les affecte. D'autres confondent sous le titre d'hypochondrie des états fort différents. Ainsi l'on a qualifié d'hypochondriaques les individus éprouvant des aberrations de la sensibilité ou même de l'esprit: ceux qui sont atteints d'affections du foie ou de l'estomac et offrant quelques-uns des symptômes de la maladie hypochondriaque. La monomanie du suicide, le spleen, des chloroses, des affections organiques du cœur, des vaisseaux abdominaux ont fréquemment été confondus avec l'hypochondrie.

Les auteurs anciens ont tous eu le défaut de baser leur définition sur des hypothèses créées pour expliquer la nature et le siége du mal.

Pour Sennert, c'est un amas d'humeurs viciées ou de mauvaise qualité, mais surtout mélancolique et atrabilaire, souvent aussi pituiteuse et bilieuse, qui s'est formée dans la veine porte, l'artère cœliaque et mésentérique, dans les hypochondres, entre la rate et l'estomac (1).

(1) Institut. medic. Viteb., in-8°, 1620.

Hoffmann la définit : une affection spasmodique et flatulente des premières voies et spécialement de l'estomac et des intestins, donnant lieu à des mouvements irréguliers dans ces viscères, troublant tout le système nerveux et l'harmonie des fonctions (1). Joseph Frank voit dans l'hypochondrie l'hallucination d'un individu toujours plein d'anxiété et de crainte sur l'état de sa santé, qu'il juge bien plus mauvaise qu'elle ne l'est en réalité ; les facultés de l'âme restent saines d'ailleurs, à l'exception de ce vice de l'imagination (2).

Nous passerons sous silence les différentes définitions proposées par Galien, Willis, Pinson, Ethmuller, Stahl, Boerhaave et par beaucoup d'autres anciens médecins, parce que fondées presque toutes sur des théories où les humeurs, le sang, les phénomènes mécaniques, jouent le rôle essentiel, elles nous instruiraient peu ; nous en avons d'ailleurs parlé dans notre introduction historique.

Parmi les définitions plus récentes, nous avons celles de Cullen, de Villermay, de Georget, de M. Dubois, de M. Leuret, de M. Michéa et de M. Brachet. Les voici : Pour Cullen, (3) l'hypochondrie est un état de l'âme qui se reconnaît par le concours des circonstances suivantes : une langueur, une indifférence ou un défaut de résolution ou d'activité pour toute espèce d'entreprise : une disposition au sérieux, à la tristesse et à la timidité ; la crainte que tous les événements à venir ne se terminent malheureusement ; c'est pourquoi les soupçons les plus légers donnent souvent lieu, dans ce cas, de redouter un mal considérable. Ces personnes sont particulièrement attentives à l'état de leur santé ; le moindre changement de situation qu'elles éprouvent dans leur corps suffit pour les occuper sérieusement, et toute sensation extraordinaire, quelquefois la plus légère, leur fait redouter le plus grand danger et la mort même. Leur persuasion est ordinairement des plus opiniâtres relativement à ces sensations et à ces craintes.

Voici comment M. Villermay s'explique sur le même sujet (4). C'est une affection éminemment nerveuse qui consiste dans une irritation particulière du système nerveux et surtout de celui des organes digestifs ; les symptômes essentiels sont nombreux : le plus souvent trouble et lenteur des digestions, sans fièvre et sans indice d'une lésion locale ; flatuosités, borborygmes ; exaltation de la sensibilité générale, spasmes variés ; palpitations, illusion des sens, et surtout de la vue et de l'ouïe ; succession rapide de phé-

(1) De malo hypochondriaco, p. 64, in oper. omn. t. III, in fol Genev. 1761.
(2) Praxeos med. univ. præcept. tr. fr. de l'Encyclop. des sc. med., t. III, p. 113, in-8° ; Paris, 1838.
(3) Élém. de med. prat., t. II, p. 414, in-8° ; Paris, 1819.
(4) Trait. des mal. nerv. ou vapeurs, etc., t. I, p. 223. in-8° ; Paris, 1816.

nomènes morbifiques qui simulent la plupart des maladies ; état réel, mais variable, de souffrances diverses, d'où naissent des terreurs paniques ; versatilité morale, exagération habituelle, spécialement de tout ce qui tient à la santé ou à l'énoncé des accidents de la maladie.

Cette définition indique bien les phénomènes caractéristiques de l'hypochondrie ; mais elle est une description bien plutôt qu'une définition.

M. Leuret (1) dit que l'hypochondrie est cet état dans lequel l'attention est fixée presque continuellement sur une maladie réelle ou imaginaire, et qui s'accompagne de tristesse et de craintes non motivées.

La définition de Georget (2), bien que peu claire et peu précise, rentre bien dans le style de la définition. Je comprends sous le nom d'hypochondrie, dit-il, diverses affections du cerveau, généralement caractérisées par des désordres dans les fonctions de cet organe, le plus souvent sans fièvre, sans mouvements convulsifs, sans dérangement bien manifeste de la raison, de la faculté de juger des rapports et des choses. Qui reconnaîtrait l'hyppochondrie à ce passage, si l'on ne savait d'avance que c'est d'elle que l'on parle ?

MM. Monneret et De La Berge suivent dans leur définition l'opinion de Cullen, de Flemyng, de Leuret, de Georget et de M. Falret. Suivant eux, l'hypochondrie est une aberration des facultés intellectuelles, une névrose cérébrale qui porte l'individu qui en est atteint à s'occuper sans cesse des sensations réelles ou imaginaires qu'il croit ressentir dans diverses parties de son corps, et à les considérer comme autant de maladies graves dont la médecine ne pourra jamais le guérir (3).

Après avoir fait justice de la plupart des définitions émises avant lui, M. Dubois, d'Amiens, semble renoncer à en donner aucune. Il se contente de résumer en peu de mots l'idée générale qu'il se fait de la maladie. Suivant lui, l'hypochondrie consiste primitivement dans une déviation ou plutôt dans une fâcheuse application des forces de l'intelligence humaine (4). Cette expression de forces de l'intelligence est beaucoup trop vague pour définir la maladie.

Pour M. Brachet, de Lyon, la définition de l'hypochondrie qu'il hasarde est celle-ci : l'hypochondrie est une viciation bizarre de

(1) Fragm. psychol. sur la folie, p. 369, in-8° ; Paris, 1834.
(2) Art. Folie, Journ. compl. des sc. méd. et art. Hypochondrie du dict. de méd., p. 155.
(3) Compend. de méd. prat. t. v, p. 36, Paris 1858.
(4) Hist. phil. de l'hyp. et de l'hyst., loc. cit.

la sensation du système nerveux cérébral, de plusieurs actes de la vie organique et des fonctions de l'organe de l'intelligence, relatives à la perception de ces phénomènes et au jugement qu'elle en porte (1).

M. Brachet donne par cette définition une très-juste idée de la maladie. Les caractères essentiels du siége et de la nature des troubles qui constituent l'hypochondrie sont compris dans ce peu de mots.

Le mot hypochondrie n'est autre chose au fond, pour M. Michéa (2), qu'une des nombreuses espèces de la monomanie triste ou de la lypémanie, qui consiste dans une méditation exagérée sur le *moi* physique, sur l'état de son corps, sur sa propre santé ; en d'autres termes, dans la terreur extrême d'être affecté de maladies qu'on juge dangereuses, incurables, fatales.

L'expression d'hypochondrie est si vague, prête tant, d'après M. Michéa, à la logomachie ; elle a tant retardé le progrès de nos connaissances, qu'elle mériterait d'être bannie à jamais de la science. Elle devrait suivant lui s'appeler : *tanasimonosophobomanie.* Ce n'est pas en créant de semblables dénominations que l'on fera avancer la médecine, si remplie déjà de mots ridicules et vides de sens.

§ V. *Symptomatologie.*

Les symptômes de l'hypochondrie sont infiniment nombreux ; aussi les auteurs, quelles qu'aient été leurs opinions, trouvent-ils toujours dans ces symptômes de quoi démontrer la vérité de leurs théories.

Les humoristes n'ont négligé aucun des phénomènes qui pouvaient concourir à faire adopter la théorie de la viciation des humeurs.

Ceux qui ont placé le siége du mal dans l'estomac ont insisté surtout sur les flatuosités, les ardeurs, les renvois, les mauvaises digestions, l'anorexie et les acidités.

Les partisans de cette opinion, que les obstructions de la veine-porte sont la source de tous les phénomènes, n'ont parlé que de cet embarras de la circulation, des battements des hypochondres et de l'épigastre, du gonflement des vaisseaux abdominaux.

Sont-ce le foie, le pancréas, la rate, le mésentère ou tous ces organes réunis qui sont la cause du mal ? les symptômes ne manquent pas pour étayer ce système. Toujours on y trouve des preuves à l'appui de toute hypothèse.

(1) Traité de l'hypochond., p. 348. Paris 1844.
(2) Traité de l'hypochondrie, Paris 1845.

Combien l'analyse des symptômes n'a-t-elle pas rendu facile l'explication de la maladie, quand on a regardé le cerveau comme le point de départ de l'affection.

On peut en dire autant de l'opinion qui place la maladie dans les nerfs. La théorie découle des faits le plus a sément du monde. Les organes de la sensibilité se distribuent partout, rien de plus facile que de leur rattacher tous les symptômes.

Symptômes. — Nous énumérerons les symptômes de l'affection en suivant l'ordre des appareils dont ils émanent.

Sensations. — L'hypochondrie commence toujours par des sensations bizarres et douloureuses. Parfois, c'est une surexcitation nerveuse restée dans un organe qui a été malade ; d'autres fois, dans différentes parties du corps, soit successivement, soit simultanément.

Cette douleur est aiguë, mordicante, lancinante, déchirante, brûlante ou gravative. La tête ou l'un de ses points en est le siége le plus ordinaire. Elle peut cependant être générale ou passer facilement de l'un à l'autre organe, en même temps qu'elle change de caractère.

Des sensations simplement bizarres peuvent se substituer à cette douleur. Certains hypochondres croient sentir un serpent se glisser sous leur peau, d'autres s'imaginent être tourmentés par des vers, des fourmis, ceux-ci entendent sans relâche des explosions, des vibrations isochrones, sentent le froid d'un morceau de glace, voient des étincelles ; ceux-là enfin prétendront reconnaître du sable, de l'eau, des coquilles de noix, des grains de plomb dans le sein des organes.

A ces sensations se joignent parfois des phénomènes nerveux, tels qu'un hoquet continuel, de l'hydrophobie, des vomissements.

Chaque organe sensoriel spécial peut à son tour être affecté ; les illusions d'optiques, les sifflements d'oreilles, les hallucinations de l'odorat et du goût, l'exagération excessive de la sensibilité tactile sont très-fréquents chez les hypochondriaques.

Un état tout à fait contraire à l'exaltation de chacun de ces sens peut aussi se manifester ; chaque sens peut être aboli, perverti, ou exalté aux dépens des autres sens abolis.

Phénomènes cérébraux. — La b zarrerie, l'importunité des sensations viciées, les douleurs obsèdent à tel point l'intelligence, que le malade ne pense plus qu'à ses maux. Il devient morose, craintif, quinteux et d'humeur inégale. Tout le tourmente, parce que son esprit exalté ne reçoit plus que des impressions douloureuses.

Une descente rapide, un puits, le roulement rapide d'une voiture épouvantent l'hypochondriaque. Il recherche la solitude, a

peur de marcher pour cent raisons extravagantes et cela de la meilleure foi du monde. Il médite sur toutes les nuances de son mal. Il dose ce qu'il boit, ce qu'il mange; il examine ce qu'il crache, ce qu'il urine; il pèse ses selles et ses sueurs, comme Sanctorius et Révillon. Souvent l'hypochondriaque perd de vue les phénomènes les plus importants pour s'occuper de futilités qui deviennent pour lui le sujet d'interprétations sérieuses, qui le conduisent à conclure l'existence d'une maladie incurable, sans exemple.

Il ne parle que de son affection et ne recherche que ceux qui lui en parlent ou qui l'écoutent. Lui fait-on mention d'une maladie, son esprit s'en empare; il éprouve bientôt les souffrances dont il a entendu parler, et le voilà atteint du mal qu'on lui a décrit.

Souffrant ainsi, il cherche tout ce qui peut le guérir; il étudie les ouvrages de médecine, mais il n'en retire d'autre profit que de se croire atteint de toutes les maladies dont il lit les descriptions. Après avoir ainsi passé par toutes les affections, il perd la mémoire, le jugement; il tombe en démence, en paralysie, en léthargie, en apoplexie. Il se voit privé de sensibilité, d'intelligence; il n'aime plus rien. Souvent enfin survient une méningite, ou une encéphalite.

Tous les hypochondriaques ne le sont pas à ce degré. La plupart ont une idée fixe, sujet constant de craintes incessantes : ils ont en imagination un squirre, un anévrysme, une hypertrophie.

Toujours avide d'être guéri, l'hypochondriaque demande des remèdes à tout le monde, et en épuise la série depuis les plus ridicules jusqu'aux plus héroïques. C'est dans l'emploi de chaque drogue, que son esprit méticuleux se montre d'une manière éclatante. Mais sa confiance médicale est presque toujours versatile, incertaine; il est toujours désespéré et il a l'air de désirer la mort, bien qu'il la redoute par dessus toute chose; mais il le dit si souvent qu'il finit par croire son amour-propre engagé à jouer le rôle d'homme perdu.

Dans la description que l'hypochondriaque fait de ses maux, il emploie les expressions les plus pittoresques, les plus énergiques, les plus sombres. C'est depuis la racine des cheveux jusqu'à la plante des pieds qu'il ressent les plus atroces douleurs. Il attache à toutes ces sensations une si haute importance, qu'il est prudent de ne jamais le contredire.

Sur ces entrefaites, le cerveau devient le siége de phénomènes matériels. La circulation se fait irrégulièrement, surtout pendant la digestion, ou après un travail intellectuel, même modéré. C'est à ce phénomène qu'il faut attribuer les battements, les bouillonne-

ments, les bouffées, les tintements, les détonations, les explosions, et surtout la rougeur de la langue, des yeux et de la face.

Vers la fin de la maladie, à cette exaltation, à cette déviation des fonctions centrales, succède parfois l'affaissement. L'intelligence s'affaiblit et le malade, qui s'en apperçoit, se met à redouter la folie, les faiblesses, les apoplexies, etc., etc.

L'hypochondriaque aime à prendre du repos; le sommeil est parfois naturel, mais cela est rare; le plus souvent il est troublé par des rêves pénibles et par de longues insomnies.

Appareil musculaire. — Les faiblesses et les lassitudes de cet appareil sont secondaires. Il survient des courbatures, des crampes, des spasmes, des tremblements, de l'engourdissement dans la région épigastrique, qui finissent par devenir inquiétants vers la fin de la maladie.

Appareil de la digestion. — D'une extrémité à l'autre, tout est vicié dans cet appareil. La bouche est sèche, la langue saburrale à sa base, l'arrière-gorge sèche ou tapissée de mucosités; l'appétit se montre capricieux, le goût est dépravé; la soif intense ou nulle, l'épigastre douloureux, les hypochondres tendres; l'estomac se météorise, surtout pendant la digestion, les intestins contiennent beaucoup de gaz; il y a parfois des vomissements, presque toujours de la constipation.

Tous ces phénomènes gastriques peuvent néanmoins manquer chez les hypochondriaques.

Appareil de la circulation. — Souvent il y a des palpitations de cœur chez les individus attaqués d'hypochondrie. Le pouls est lent ou vif suivant qu'il y a atonie ou éréthisme.

Le battement épigastrique du tronc cœliaque est constant et sensible même à la vue; il est isochrone avec les pulsations du pouls. Ces pulsations ont pour caractère d'apparaître soudainement, et de perdre leur intensité après une certaine durée.

Des battements, le plus souvent fugaces, peuvent se manifester parfois sur le trajet de tous les autres troncs artériels.

D'autres fois ce sont une diminution, une faiblesse dans les contractions du cœur qui caractérisent l'affection.

Les hémorrhoïdes, soit internes, soit externes, et plus ou moins fluentes, surviennent fort souvent par la compression des matières fécales sur les vaisseaux hémorrhoïdaux, pendant la longue constipation qui tourmente les hypochondriaques.

Appareil de la respiration. — Lorsque l'hypochondrie fait des progrès, il survient des resserrements spasmodiques dans les parois de la poitrine, une petite toux sèche, une constriction dans le larynx et de l'aphonie.

Sécrétions. — La bouche et la gorge sont sèches, la salive est écumeuse, il se forme un mucus particulier d'un gris noir dans le pharynx et dans le larynx ; le produit d'une sécrétion vicieuse des organes digestifs est aussi fréquemment rejeté le matin par vomiturition.

La sécrétion intestinale diminue, est c'est de là que résulte la constipation ; des gaz sont sécrétés dans les premières voies et produisent des flatuosités, des borborygmes et des vents.

Les urines sont claires et plus abondantes. La peau est rude et sèche, il y a des sueurs partielles.

Nutrition. — La nutrition s'altère peu à peu, l'embonpoint diminue. Les tissus se dessèchent, et la peau devient rude. Les membres se roidissent, les séreuses des articulations sont plus sèches, surtout lorsque l'appareil digestif est fortement affecté.

Quel est le signe pathognomonique de l'hypochondrie ?

Passons en revue tous les signes précédemment indiqués pour rechercher s'il existe un symptôme pathognomonique ou si tous sont nécessaires pour caractériser l'hypochondrie.

Toutes les douleurs prises en particulier sont très-variables, et aucune d'elles n'a le privilége d'exister dans tous les cas ; mais si on les envisage en masse, et comme faisant partie d'un ensemble de symptômes dépendant de la même cause, de l'anomalie du système nerveux cérébral, alors le doute cesse : ces phénomènes sont indispensables pour constituer l'hypochondrie.

Les phénomènes cérébraux donnent lieu aux mêmes observations. Si on isole toutes les bizarreries du caractère, tous les travers du jugement, aucun de ces symptômes ne sera indispensable à l'hypochondrie, mais en les réunissant, en les comparant, on les voit tous émaner d'une imagination ébranlée.

L'examen des phénomènes relatifs à l'appareil de la digestion fournit les mêmes remarques. Les dégoûts, les dyspepsies, les nausées, les éructations, les douleurs d'estomac, les tensions, les gastralgies, les constipations, les flatuosités peuvent exister isolément sans la moindre apparence d'hypochondrie. Isolés des autres phénomènes de la maladie ou même pris tous ensemble, ils ne sauraient la caractériser. Ils jouent seulement un rôle important dans cette affection.

Les organes circulatoires peuvent, de même que ceux de la digestion, présenter des anomalies ou n'en pas présenter ; ils ne donnent donc pas non plus de signe pathognomonique.

La physionomie de la face n'offre de son côté aucun caractère particulier.

D'après tout ce qui précède, on sera donc en droit de conclure qu'aucun signe pris isolément ne constituera, ne caractérisera la maladie ; il faut pour cela un ensemble de certains symptômes, résultant du trouble de l'appareil nerveux organique et de l'appareil cérébro-nerveux.

§ VI. — *Variétés de l'hypochondrie.*

Toute division pathologique doit être fondée sur des caractères bien tranchés et avoir pour but de faciliter la connaissance de la maladie. Les anciens ne suivaient pas ce principe, et confondaient sous le nom de variétés diverses complications. Ils avaient l'hypochondrie mélancolique, hystérique, organique, nostalgique. Sydenham admettait autant de variétés qu'il y a d'organes dans l'économie. Villermay basait sa division des variétés sur les phénomènes. M. Dubois, conformément à ses principes sur le caractère de la maladie, reconnaît six variétés basées : les unes sur l'appareil qui paraît le plus affecté, les autres sur la nature de la pensée monomaniaque. M. Michéa établit ses divisions sur des bases organiques, et se montre en contradiction avec sa doctrine toute métaphysique. M. Barras a indiqué deux formes de l'hypochondrie, suivant qu'elle existait avec atonie ou avec éréthisme. Il a basé sa thérapeuthique sur sa division. M. Brachet a admis aussi deux variétés de l'hypochondrie, fort nettement tranchées.

1° L'*hypochondrie constitutionnelle*, qui tient à l'organisation même du malade, soit qu'il ait apporté une prédisposition originaire, soit que cette prédisposition ait été amenée par les vices de l'éducation, par des passions, ou par des maladies. La bizarrerie et l'exagération des phénomènes de cette variété, ainsi que sa durée, la caractérisent.

2° L'*hyppochondrie accidentelle*, qui reconnaît une origine moins ancienne. Sa cause est toute locale d'abord ; elle agit sur une économie non prédisposée et opère la modification nerveuse, pathologique, qui la distingue. Son caractère est sombre, mais non bizarre, sa marche est plus rapide, sa durée moins longue.

§ VII. — *Étiologie.*

Causes de l'hypochondrie. — L'hypochondrie est de toutes les régions, de tous les temps, de toutes les saisons, de toutes les températures ; elle est commune aux deux sexes. Le tableau des causes de cette affection est immense, mais tout est clair, précis, dans ce tableau. Toutes les causes de la maladie ont été observées, signalées ; seulement plusieurs raisons ont exercé une grande in-

fluence, non seulement sur l'explication de la cause, mais sur le genre de causes à admettre.

Les humoristes trouvèrent toujours le moyen de faire agir la cause d'abord sur le sang, pour produire ses altérations.

Pour ceux qui ont placé le siége du mal dans les viscères abdominaux, la cause du mal a toujours agi sur ces organes, soit sur la rate, soit sur le foie, soit sur la cavité abdominale elle-même.

Pour ceux qui ont fait jouer le rôle principal à la veine-porte, l'action des causes n'a pas été plus difficile à expliquer : qu'on lise ces auteurs et l'on sera étonné de la facilité avec laquelle toutes les causes de la maladie agissent sur le système veineux abdominal.

Il en est de même pour ceux qui ont fait agir les causes sur le cerveau et sur l'imagination. Ceux qui ont fait de l'hypochondrie une affection du fluide nerveux ont eu bien plus encore de facilité pour l'étiologie.

L'influence des opinions sur l'énumération des causes n'est pas la seule à indiquer. L'étiologie s'est encore profondément ressentie des localités où écrivaient les auteurs, des habitudes, de la direction des études, des doctrines médicales. Sydenham accordait une grande influence à la goutte, Stahl aux hémorrhoïdes, Broussais aux phlegmasies gastro-intestinales.

Dans l'étiologie, nous étudierons d'abord les *causes prédisposantes*, et en second lieu les *causes efficientes*.

I. *Causes prédisposantes.* — Une prédisposition organique est nécessaire au développement de l'hypochondrie.

Cette prédisposition est *innée* ou *acquise*.

a. *Prédispositions innées.*—On tient ces prédispositions de ses parents.

1. *Prédisposition acquise dans le sein de la mère.* — C'est une sorte de diathèse originelle, acquise par le fait de la mère. Une mère nerveuse, irascible, transmettra à l'embryon un sang qui déjà modifié par la constitution sera souvent agité par des emportements, par des crises nerveuses. Formé, nourri, imprégné par ce sang, l'enfant en recevra une organisation spéciale, une constitution nerveuse.

C'est de là que proviennent une foule de maladies dont on apporte le germe en naissant.

De semblables faits ont été constatés par tous les auteurs et entr'autres par Willis, Hoffmann, Raulin, Tissot, Villermay, Georget, Fabret, Dubois, etc.

2. *Prédisposition héréditaire.* — L'hérédité paternelle, niée par quelques auteurs, est un fait dont chaque jour fournit de nouvelles

preuves. Hoffmann, Willis, Tissot, Adolphi, J. Frank, Falret, Dubois, Michéa, Brachet, en citent de nombreux exemples. Il est probable que, dans les fécondations, la portion de germe, fournie par le père, emporte avec elle toutes les prédispositions physiologiques de son organisation.

b. *Prédispositions acquises.* — L'enfant apporte en venant au monde une aptitude toute particulière à recevoir toutes les impressions. Une impression, longtemps continuée, imprime à l'organisme un cachet spécial, qui en modifie la constitution.

Les causes par lesquelles la *constitution* propre à l'hypochondrie se développe, agissent avec d'autant plus de force, qu'elles trouvent un tempérament nerveux ou sanguin.

La constitution hypochondriaque peut encore s'établir chez l'homme d'un âge mûr, lentement mais avec certitude, s'il joint la prédominance hépathique à un tempéramment nerveux ou sanguin.

Les passions prédisposent puissamment à l'hypochondrie en communiquant au système nerveux une grande impressionnabilité ; c'est surtout sur l'homme arrivé à l'âge mûr qu'elles agissent. Chez cet homme livré à des passions ou à des excès de toute espèce, souvent victime de la fortune, ressentant les chagrins plus fortement, la sensibilité des nerfs cérébraux s'accroît démesurément, puis s'altère.

Il en est de même chez la femme hystérique dans sa jeunesse; son système nerveux est excessivement sensible ; condamnée à un célibat trop prolongé, le dépit s'empare d'elle, son humeur se rembrunit, elle devient maussade, acariâtre, le système nerveux s'exalte de plus en plus et l'hypochondrie survient.

Les écarts de régime, l'abus des médicaments âcres, stimulants, surexcitent l'estomac et consécutivement le cerveau et les nerfs.

Certains pays du midi prédisposent à l'hypochondrie d'une manière toute spéciale, si nous devons en croire Van Swieten. Lorry, Barras, Hoffmann et Révillon pensent tout le contraire. M. Falret regarde l'action de climat comme nulle. Ce qui agit dans les différents pays, suivant lui, c'est l'influence exercée sur les passions par la forme des gouvernements, par les révolutions. Whytt, de son côté, assure qu'en Angleterre, l'hypochondrie est de beaucoup plus fréquente pendant les saisons humides et froides que lorsque le temps est tempéré, bien que les institutions soient les mêmes. Cette influence des climats est moins forte qu'on ne l'a prétendu, et cela se conçoit, chaque individu s'acclimatant de bonne heure au sol où il est né.

Quant à l'action des saisons, qu'on lise Bosquillon, Falret, J. Frank, Hoffmann, Van Swieten, Villermay, et l'on sera convaincu

d'après leurs assertions contradictoires, que toutes les saisons peuvent également favoriser le développement de l'hypochondrie, pourvu qu'une autre cause agisse concurremment sur l'économie. Pour ce qui est de l'influence des temps orageux, des brouillards, des changements brusques, du froid, de l'humidité et des agitations atmosphériques sur l'hypochondrie et sur les autres affections nerveuses, elle a été constatée par Révillon, Comparetti, Barras et Réveillé-Parise. Ainsi Révillon aurait désiré trouver pour lui un pays tempéré, exempt des variations atmosphériques, parce qu'il savait par lui-même tout ce qu'elles faisaient endurer aux malades.

Comparetti fait au sujet des vents une distinction assez juste, relativement à leurs effets. Suivant lui, les vents de l'est sont secs, froids : ils influent sur les affections de la tête, des yeux, du vertex, des tempes; ils excitent le système nerveux. Les vents du sud sont chauds et humides; ils allourdissent les esprits, produisent la tristesse, avec hébétude de tout le corps, une langueur, une lenteur dans la respiration. Il a observé qu'un changement subit dans la direction du vent entraîne après lui une aggravation subite ou une diminution prompte dans les symptômes, et que la hauteur du baromètre ou du thermomètre est le plus souvent en rapport avec ces changements dans les phénomènes morbides.

Réveillé-Parise regarde ces changements brusques comme les plus grands ennemis d'une organisme délicat, nerveux, irritable, souffrant, épuisé. Il en fait ressortir l'influence sur l'intelligence, facile et féconde certains jours, et sèche et stérile lorsque le baromètre ou le thermomètre viennent à varier de hauteur.

Pour nous, nous estimons que, suivant les différents pays, certains vents auront ou n'auront pas d'influence sur ces affections. Chez nous par exemple où les vents d'Ouest soufflent pendant les trois quarts de l'année, les hypochondriaques acclimatés à ces vents n'en souffriront que médiocrement, tandis que les vents d'Est, et de Nord-Est, auxquels ils ne sont pas accoutumés, auront sur eux la plus funeste influence.

Le genre de vie peut prédisposer puissamment à l'hypochondrie ; toute existence oisive, sédentaire, pendant laquelle l'imagination pourra trop se replier sur elle-même, se créera toutes sortes d'idées désordonnées qui favoriseront la perversion de la sensibilité cérébrale.

II. *Causes efficientes.* — Nous les classerons en trois groupes. Dans le premier, nous examinerons les causes qui influent plus particulièrement sur le cerveau.

Dans le deuxième, nous indiquerons celles qui agissent sur le

système nerveux cérébral. Dans le troisième, nous examinerons celles dont l'action vient modifier les fonctions de la vie organique.

A. *Causes qui agissent sur le cerveau.* — Les causes prédisposantes que nous avons précédemment étudiées peuvent devenir occasionnelles lorsqu'elles sont prolongées ou qu'elles agissent plus activement.

Ces causes sont intellectuelles, morales ou pathologiques.

Causes intellectuelles. — Tout exercice désordonné de l'intelligence doit être rangé parmi ces causes.

Des études excessives, des veilles prolongées, des projets gigantesques dans lesquels on place sa fortune, son espoir, sont des causes efficientes intellectuelles très-actives.

Il faut encore comprendre parmi ces causes : l'empire de l'exemple, la fréquentation des hypochondriaques et des hôpitaux, la lecture des livres de médecine, et l'étude de la science, surtout pour les gens des monde, surtout pour les femmes.

Les études excessives, les veilles prolongées, agissent d'abord sur le système nerveux qu'elles irritent, sur le cœur dont elles diminuent l'action, et sur l'estomac dont les fonctions s'affectent gravement. De là : des concentrations sanguines, des palpitations, de la gastralgie. Vient ensuite la réaction de ces organes sur l'esprit, sur l'encéphale, et l'hypochondrie arrive.

Amatus disait : Un mauvais estomac suit les gens de lettres comme l'ombre suit le corps ; il avait raison, l'homme qui pense le plus est celui qui fait les plus mauvaises digestions.

D'abord la force des organes digestifs se perd, le système nerveux devient plus impressionnable, des douleurs vagues surviennent, elles retentissent sur le cerveau, des interprétations vicieuses naissent, et l'hypochondrie se déclare.

La fréquentation des hôpitaux, le spectacle de la souffrance, la lecture des livres de médecine chez les gens du monde, agissent plus spécialement sur l'imagination. L'imagination s'assombrit d'abord, puis tout attriste; peu à peu l'homme du monde se figure avoir des affections dont son esprit frappé transporte les sensations sur un système nerveux exalté. Il craint d'avoir la maladie dont il s'entretient ; l'irritabilité s'accroît, alors se déclare l'hypochondrie. Le malade dit : j'ai tel mal, je le sens. On ne saurait nier alors la souffrance, on ne peut qu'en constater la vicieuse interprétation. La même chose arrive à beaucoup d'étudiants en médecine. Peu habitués à saisir les caractères des maladies, ils tirent les conséquences les plus graves des symptômes les plus légers.

(*La suite à un prochain numéro.*)

DE L'APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ AU TRAITEMENT DE QUELQUES MALADIES;

Par H.-I. Stacquez, médecin de bataillon de 1re classe, à Bruxelles.

(Suite et fin : *voir* le n° de mai 1849, p. 37.)

Lorsqu'il vint me consulter, je m'assurai qu'il n'existait pas de pertes séminales et que l'impuissance, qui était survenue à la suite de l'injection d'une solution très-concentrée de sulfate de zinc, était simplement le résultat d'une paralysie des nerfs et des muscles qui président à l'érection de la verge. Le malade, du reste, ne se plaignait de rien, il jouissait d'une assez bonne santé. Je jugeai convenable d'insister encore quelque temps sur l'usage des cantharides tant à l'intérieur qu'en applications sur la peau; mais ce fut sans le moindre succès. Pendant assez longtemps, je pratiquai la cautérisation du col de la vessie, et je dois avouer que ce moyen fut plus efficace; les érections furent plus fréquentes, plus complètes; il arriva même que le malade put voir une femme. Cette amélioration, cependant, n'était que momentanée, elle disparaissait lorsque je cessais les cautérisations. C'est alors que je voulus avoir recours à l'électricité. La grande difficulté était d'avoir à ma disposition les appareils nécessaires. Je pensai d'abord qu'il me serait possible d'avoir accès dans un de ces cabinets où tous ces appareils sont rassemblés à grands frais; mais les obstacles que je rencontrai m'obligèrent à chercher ailleurs. Je trouvai, il est vrai, des personnes qui possédaient quelques instruments; mais ils étaient insuffisants: ils n'avaient pas été construits pour produire de grands effets; d'ailleurs, je dus même renoncer à m'en servir, parce que je ne pus les avoir que rarement à ma disposition, lorsque cela me convenait le mieux.

J'avais perdu l'espoir de guérir ce malade, lorsque d'autres cas se présentèrent dans lesquels l'emploi de l'électricité me paraissait utile. Je me déterminai alors à faire l'achat de tous les instruments nécessaires.

L'impuissance dont ce malade était affecté, consistant en une paralysie des muscles érecteurs de la verge, l'indication était de rechercher à réveiller leur contractilité. Pour y parvenir, il fallait des secousses très-fortes. Je les déterminai : 1° en tirant des étincelles au moyen de boules ayant de six à quinze lignes de diamètre; 2° par la décharge de bouteilles de Leyde, en portant une branche d'un excitateur sur l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale, et en présentant l'armure interne à la partie antérieure du périnée vers la racine de la verge. Les résultats de ce traitement furent des plus satisfaisants; les érections devinrent bientôt plus fréquentes, plus complètes. Quinze jours s'étaient à peine écoulés, que le ma-

lade se croyait entièrement guéri. Je crus prudent, néanmoins, de continuer l'emploi de ce moyen qui se montrait si efficace. Enfin, quarante-deux séances, dans l'espace d'environ deux mois, rétablirent complétement la puissance virile qui était perdue depuis plusieurs années.

Pendant que le sujet dont je viens de rapporter l'observation était sous traitement, je fus consulté par une dame dont l'état inspirait les plus vives inquiétudes à toute sa famille. Depuis plus d'une année, elle était sous l'impression d'une terreur profonde ; *elle était effrayée du bruit : non pas de celui qui se faisait entendre, mais de celui qui allait se faire ;* ce sont ses expressions. Ainsi, par exemple, allait-on ouvrir une porte, déplacer une chaise, elle se trouvait dans des angoisses inexprimables ; elle s'imaginait que le bruit qu'elle allait entendre l'affecterait péniblement, la bouleverserait entièrement, la tuerait peut-être. Cependant, elle avouait que jamais ce bruit ne lui avait causé une impression désagréable. Elle reconnaissait que ces terreurs étaient ridicules, et elle se désespérait de ne pouvoir s'en défendre. Son état lui paraissait tellement affreux, qu'elle désirait la mort, qu'elle se serait suicidée, si elle n'eût été retenue par la crainte de compromettre la réputation, l'avenir de ses enfants.

Divers traitements ayant été essayés sans le moindre résultat avantageux, je pensai que l'électricité pourrait, comme agent modificateur du système nerveux, produire une impression favorable. Je proposai donc à cette dame de se laisser électriser ; ce qu'elle accepta avec empressement.

La modification subie par le système nerveux ne portant pas sur la sensibilité, mais consistant en une surexcitation de l'intellect, je crus qu'il fallait bien se garder de diriger vers le cerveau le fluide nerveux : il me parut, au contraire, urgent d'opérer sur les extrémités inférieures des accumulations fortes, instantanées ; de dériver, de révulser, si l'on veut bien me permettre ces expressions qui traduiront à peu près ma pensée. A cet effet, la malade, sans être isolée, présenta au conducteur de la machine électrique les parties sur lesquelles je voulais agir. Le conducteur étant chargé de fluide vitré, l'électricité du corps, du sol, affluait vers ces parties pour se décomposer. Comme on le sait, le fluide résineux du corps se combine alors avec le fluide vitré du conducteur ; ce qui a lieu avec production d'une étincelle si les surfaces sont arrondies ou planes, avec une simple aigrette lumineuse dans l'obscurité, si les surfaces sont anguleuses ou se terminent en pointes. Je terminai chaque séance en déchargeant sur les pieds, sur les jambes, quelques bouteilles de Leyde.

Le résultat de ce traitement surpassa mes espérances : quatre séances en huit jours complétèrent la guérison.

Les deux observations qui précèdent sont certainement de nature à fixer l'attention des médecins sur ce puissant moyen thérapeutique ; les suivantes ne sont pas moins intéressantes.

M. Falco, lieutenant au régiment d'élite, ressentit, étant de piquet à la caserne, pendant la nuit, une violente douleur dans l'épaule droite. C'était sur la fin de février de l'année dernière, lors des événements arrivés en France. L'attente d'un prochain départ pour la frontière, le désir de prendre sa part dans le service extraordinaire que faisait alors le régiment, éloignèrent de lui l'idée de se faire soigner, et il ne consulta un médecin que lorsqu'une paralysie des muscles deltoïde, sus-épineux, sous-épineux, etc., le mit dans l'impossibilité de se servir du bras droit. Il réclama les soins de mon collègue le docteur Havet, qui eut recours à tous les moyens usités en pareil cas, même à l'électricité, car il fit, pendant quelque temps, usage de la *machine de Clarck*. La paralysie, néanmoins, devint plus complète, et les muscles s'atrophièrent au point qu'on aurait cru qu'ils n'existaient plus, la peau paraissant ne recouvrir que les os. M. Havet m'adressa alors ce malade. Malgré la gravité du cas, je ne désespérai pas de la guérison ; j'osai même donner beaucoup d'espoir. L'indication ici était d'agir sur les nerfs circonflexe, sus-scapulaire, sous-scapulaire, etc.; de solliciter, au moyen de commotions violentes, la contraction des muscles paralysés et atrophiés, cette contraction étant la condition nécessaire de l'assimilation des matériaux nutritifs.

Evidemment, la machine de Clarck dont M. Havet avait fait usage était insuffisante ; ses effets étaient beaucoup trop faibles pour déterminer la contraction des muscles paralysés. Je commençai donc par mettre le malade en communication avec le conducteur d'une très-forte machine à deux plateaux, et au moyen de boules approchées du plexus brachial et des muscles paralysés, je recherchai à exciter des commotions. Ce moyen si puissant ne détermina d'abord aucune contraction appréciable. Il n'en fut pas de même de la décharge de bouteilles de Leyde. Dès la première séance, je pus m'assurer que le deltoïde entrait en action. Le tableau magique produisit des effets plus marqués encore. La contraction de tous les muscles paralysés était manifeste chaque fois que le malade déchargeait le plateau, en portant la main droite sur la face supérieure pendant qu'un pied appuyait sur la chaîne qui établissait une communication entre la face inférieure et le sol. L'amélioration que nous avions obtenue était notable, lorsque, à la suite de l'inspection générale, M. Falco fut envoyé au

dépôt du régiment, probablement pour y attendre sa réforme.

Cette nouvelle fut, pour ce malheureux, un coup de foudre. Il n'espérait pas trouver à Louvain un médecin qui possédât les instruments nécessaires pour continuer le traitement commencé, et il était convaincu que ceux du cabinet de physique de l'Université ne seraient pas mis à sa disposition. Comme il l'avait prévu, il ne rencontra à Louvain que de la bonne volonté, un regret sincère de ne pouvoir le traiter, faute d'instruments. Il ne lui resta plus qu'à demander une permission pour revenir à Bruxelles, et il fut assez heureux pour l'obtenir.

Lorsque je le revis, c'était le 10 novembre, environ après trois semaines d'interruption de traitement; je trouvai peu de changement; mais enfin l'amélioration que j'avais constatée s'était maintenue. Je dois dire que, d'après mes conseils, le membre malade était soumis à de fréquents exercices gymnastiques.

Les moyens dont j'ai déjà fait mention, et qui produisirent des résultats si favorables, furent continués; de plus, j'employai la bouteille à commotions graduées. Je pus ainsi obtenir des effets aussi puissants que je le désirais; je déterminai des secousses de plus en plus violentes que le patient supportait avec courage.

C'est de cette manière que le traitement doit être dirigé, dans des cas semblables, si l'on veut réussir. Agir avec timidité, c'est perdre son temps; c'est laisser le malade livré à toutes les conséquences de son affection et compromettre le moyen le plus efficace que possède la thérapeutique. Quand je dis qu'il ne faut pas agir avec timidité, je n'entends pas conseiller de procéder en téméraire. On doit certainement apporter ici beaucoup de prudence; il importe de connaître l'agent auquel on a recours, de savoir calculer les effets qu'il doit produire.

Sous l'influence de ce traitement, l'état du malade s'améliora rapidement; les muscles paralysés se contractaient avec une énergie croissante, et leur développement devenait de jour en jour plus manifeste. Les mouvements du bras, que j'avais trouvés perdus ou extrêmement bornés, se rétablirent promptement, et s'exécutent aujourd'hui dans toute leur étendue; l'épaule droite ne diffère plus sensiblement de la gauche. En un mot, M. le lieutenant Falco peut être considéré comme entièrement guéri d'une affection qui venait briser sa carrière, et qui allait enlever à l'armée un très-bon officier.

Le cas suivant n'est pas moins remarquable que celui dont je viens de donner la relation. C'est encore la guérison d'une paralysie très-rebelle.

Guerenne, Pierre-Joseph, voltigeur à la quatrième compagnie

du troisième bataillon du régiment d'élite, entra à l'hôpital militaire de Bruxelles avec une paralysie complète du nerf facial droit. Il fut constaté que cette paralysie était de nature rhumatismale. Les divers moyens conseillés en pareil cas furent successivement employés, mais sans le moindre résultat satisfaisant. M. Lebeau me confia alors ce malade et donna les ordres nécessaires pour qu'il me fût amené chaque fois que je le jugerais convenable.

Nous commençâmes le traitement le 3 décembre. Je me bornai à isoler le malade pour exciter des contractions dans les muscles paralysés au moyen de boules d'un diamètre graduellement croissant. Je me servis de la machine à plateau de manière que le conducteur était chargé d'électricité vitrée. Les résultats de ce traitement furent rapides, prodigieux ; le 25 du même mois, après dix-sept séances, la guérison était obtenue et constatée par M. Lebeau et tous les médecins qui avaient alors un service à l'hôpital.

Je pourrais rapporter un plus grand nombre d'observations ; les quatre qui précèdent suffiront pour appeler l'attention sur un moyen thérapeutique très-puissant, qui est souvent indiqué, et dont les médecins peuvent rarement faire usage, faute d'instruments nécessaires.

Aujourd'hui que les heureux résultats que j'ai obtenus commencent à être connus, je vois affluer chez moi un nombre considérable de malades. Comme je l'ai déjà déclaré, je ne les accepte pas tous ; je dois choisir ceux dont les affections sont susceptibles d'être avantageusement traitées par l'électricité. Je me suis expliqué à ce sujet, je n'y reviendrai pas ; il me suffira de dire que les paralysies, les migraines, les rhumatismes musculaires, les sciatiques, ont souvent cédé comme par enchantement. J'ose même assurer que chaque séance a toujours été suivie d'au moins une amélioration notable; ce qui permet d'assurer que les cas même les plus rebelles comportent une guérison radicale, si le médecin et le malade ne se découragent pas. Il faut ici savoir attendre ; il ne manque que du temps et de la patience.

Avant de terminer, il me reste à dire un mot sur un effet très-remarquable de l'électricité : c'est une éruption cutanée qui peut être considérée comme critique. Ainsi, ayant plusieurs fois électrisé M. le capitaine Defou pour une pleurodynie, la peau, dans toute son étendue, se couvrit d'une éruption eczémateuse qui fut suivie de la disparition de toute douleur. M. Lippens, le mécanicien dont j'ai eu occasion de vanter le talent, souffrait d'une violente douleur rhumatismale dans l'épaule et le bras droit. Une seule séance le débarrassa entièrement, mais il fut couvert d'une éruption papuleuse qui le tourmenta pendant plusieurs jours.

(*Archives belges de médecine militaire*, janvier 1849.)

TRAITEMENT DE LA CARIE PAR L'OPODELDOCH, D'APRÈS LA MÉTHODE DE M. LE MÉDECIN PRINCIPAL VAN DEN BROECK ;

Observations recueillies par J.-J. Hamer, médecin-adjoint à Mons.

Le traitement de la carie par les pansements et les injections d'opodeldoch, d'après la méthode de M. le docteur Van den Broeck, méthode décrite dans un Mémoire publié, en 1847, par le *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie* de Bruxelles, me paraît digne d'être plus répandu parmi les médecins militaires. C'est pourquoi je crois utile de revenir sur ce sujet et de rapporter quelques nouvelles observations à l'appui de ce traitement.

Je décrirai d'abord la préparation du topique recommandé, ainsi que les conditions nécessaires pour en obtenir les effets désirés.

Le baume opodeldoch est mêlé avec de l'huile dans différentes proportions. L'inventeur de cette méthode commence par adjoindre à l'opodeldoch neuf parties d huile de lin de bonne qualité. Selon le degré d'irritabilité du sujet, il diminue successivement l'huile; de sorte que, par une transition insensible, il arrive, au bout d'un certain temps, à pouvoir employer le baume pur. M. Van den Broeck fait remarquer qu'il n'est pas toujours nécessaire d'atteindre cette force; plus d'une fois, il a obtenu des guérisons avec un mélange où l'opodeldoch n'entrait que pour la moitié.

En commençant par un mélange peu irritant, il ne se manifeste jamais dans la partie malade de symptômes inflammatoires qui obligent à abandonner le traitement. Lorsque la proportion de baume est un peu trop forte, on est obligé d'interrompre les injections pendant quelques jours pour y revenir après, mais avec un mélange plus doux.

Dans l'emploi de ce topique, il y a deux indications principales à remplir : 1° appliquer le médicament; 2° établir la tolérance.

La première indication sera remplie, lorsque le baume sera en contact avec l'os malade et en application permanente sur les tissus environnants détériorés. Pour nous faire comprendre, il est nécessaire que nous entrions dans quelques considérations sur les phénomènes qui sont la suite de la terminaison de l'ostéite par suppuration.

Nous savons que du moment que la carie existe, il s'établit une sécrétion morbide permanente; le produit de cette sécrétion tend à se faire jour au dehors, s'il n'est pas versé à la surface de la peau, ou sur une membrane communiquant avec l'extérieur. Dans ce cas, il s'établit un conduit accidentel chargé de servir de canal d'écou-

lement : ce sont les trajets fistuleux ; c'est par là que nous devons arriver à l'os.

Lorsque le foyer, formé par la sécrétion morbide de l'os, est voisin de la peau, l'ouverture par laquelle le pus se fait jour à l'extérieur communique directement avec la cavité, et le trajet parcouru par ce liquide n'a qu'une longueur égale à l'épaisseur de la paroi du foyer qu'il traverse. L'étendue de celui-ci diminue peu à peu, et l'ouverture par laquelle il communique à l'extérieur se rétrécit ; mais elle ne disparaît pas complétement, parce qu'elle reste entretenue par le passage continuel du liquide purulent.

Après avoir rendu la carie accessible par des incisions convenablement pratiquées, ou bien après avoir dilaté la fistule au moyen de l'éponge préparée, on frictionne toutes les parties malades avec de l'opodeldoch mêlé avec de l'huile dans les proportions voulues.

Puis, à l'aide d'une petite seringue, on injecte le baume dans la solution de continuité, ou bien on y introduit une mèche de charpie imbibée de la liqueur en question. Des plumasseaux de charpie et de l'étoupe trempés dans l'opodeldoch sont appliqués immédiatement sur la partie malade. On achève le reste du pansement selon les règles de l'art. Celui-ci est renouvelé une ou deux fois pendant la journée, selon l'indication, ayant soin de savonner légèrement les parties malades, afin d'en enlever le vernis résultant des frictions et des topiques de la veille.

Quand au contraire le foyer primitif a un siége profond, le pus fuse en suivant ordinairement les interstices celluleux des organes ; il vient, après un trajet plus ou moins long, soulever la peau, et la perfore, après avoir déterminé dans toutes les parties qu'il traverse une inflammation proportionnée à ses qualités irritantes.

Dans quelques cas, la fusée principale se divise en plusieurs embranchements, qui viennent s'ouvrir séparément à la surface du corps, en produisant les mêmes accidents. De là, organisation de plusieurs canaux plus ou moins flexueux. Chaque extrémité de décharge se rétrécit, s'arrondit et prend bientôt l'apparence d'une fongosité, d'un rouge vif, percée à son centre d'une ouverture plus ou moins étroite, souvent difficile à apercevoir, et toujours moins large que le canal auquel elle sert d'orifice et par laquelle sort une quantité variable de pus.

On doit s'assurer par le stylet boutonné si le trajet de chaque orifice conduit directement à l'os, si cet orifice peut admettre la canule de la seringue et si l'injection pénètre facilement.

Dans le cas contraire, on agrandit les trajets fistuleux de la

manière indiquée plus haut. Ensuite le pansement s'effectue d'après les règles que nous avons établies.

Il convient dans ce cas de seringuer tantôt par un orifice, tantôt par un autre. Et pour contraindre le médicament à parcourir toutes les sinuosités de la fistule, ainsi que les cavités ou clapiers, pendant qu'on injecte le baume par une ouverture, on bouche avec le doigt l'orifice de l'autre.

La seconde indication est d'*établir la tolérance*. Pour y arriver il faut consulter la susceptibilité présumée du malade, et, d'après l'auteur de cette médication, comme il n'est pas plus possible de connaître la sensibilité de qui que ce soit, relativement à l'action des irritants en général, sans l'avoir éprouvée, que de deviner lequel entre plusieurs individus pourrait boire le plus de spiritueux sans s'enivrer, il faut éprouver cette sensibilité par des essais, jusqu'à ce qu'on ait trouvé la force qu'il convient de donner au mélange.

J'ai déjà dit plus haut dans quelles proportions M. Van den Broeck mêle l'opodeldoch avec l'huile ; je n'y reviendrai plus.

En général, les premières applications de ce baume amènent une inflammation plus ou moins vive des tissus imprégnés, accompagnée de douleurs et de gonflement. L'on doit éviter qu'elle ne soit trop vive, parfois cesser les injections pendant quelques jours, puis recommencer ; mais en général la partie malade s'y habitue assez facilement.

Dans la première observation que je rapporte, la gravité de l'affection ne permettant pas de temporiser, nous sommes arrivés promptement à une dose élevée d'opodeldoch, malgré l'augmentation des symptômes inflammatoires qui se manifestaient lors des premières applications, et du 7e au 8e jour, nous avons eu la satisfaction de voir tous les symptômes s'amender. Il en a été de même pour la 3e observation.

Je crois qu'un certain degré d'inflammation est nécessaire pour obtenir la guérison ; c'est au moins ce que plusieurs observations font supposer.

L'effet de ce médicament est très-prompt, comme on le verra dans les observations ci-jointes. Je ne chercherai pas à donner l'explication de son action thérapeutique. C'est là un point très-secondaire ; l'essentiel est de guérir, et je pense que l'on peut en toute confiance recommander cette médication.

Je regrette de n'avoir pu suivre plus longtemps la clinique de M. Van den Broeck pour recueillir un plus grand nombre d'observations, mais j'ose affirmer que tous ceux qui auront recours à

cette médication la trouveront supérieure à tous les traitements connus jusqu'aujourd'hui contre la carie.

Obs. I. — Delpierre, Adrien, âgé de 22 ans, soldat au 8me régiment de ligne, d'un tempérament lymphatique, d'un squelette régulier, né de parents sains, n'a jamais eu de maladies antérieures à celles dont il est actuellement atteint.

Cependant il dit que, depuis l'âge de 11 ans, il ressentait de temps à autre des douleurs sourdes dans l'articulation du coude droit, coïncidant surtout avec les changements brusques de la température.

Le 7 juin dernier, sans cause connue, cette région fut tout à coup le siége d'une inflammation violente, caractérisée par une douleur vive avec rougeur et chaleur de la peau, tension de toutes les parties enflammées et impossibilité presque absolue de mouvoir l'articulation.

Entré le 8 à l'hôpital, des sangsues en grand nombre furent appliquées autour du coude (80); à leur chute, on les remplaça par des frictions avec de l'onguent mercuriel et par des cataplasmes émollients. A l'intérieur, on administra la teinture de colchique.

L'inflammation marcha rapidement, et trois jours après l'invasion de ces symptômes, la fluctuation était manifeste.

Une ouverture fut pratiquée vers le côté externe de l'articulation. Les symptômes les plus alarmants étant calmés, on dirigea contre cette affection une médication convenable; mais on ne réussit pas à arrêter la maladie dans sa marche.

Le 1er septembre, le malade nous présente les symptômes suivants :

Amaigrissement général; constitution profondément altérée; détérioration des fonctions digestives; pouls faible et misérable; fièvre continue avec redoublement le soir; débilité telle que le malade n'a pas assez de force pour se lever. L'avant-bras est à demi fléchi sur le bras; l'articulation du coude est le siége d'un gonflement considérable avec rougeur de la peau; la douleur est vive, et la tension des tissus fait que le moindre mouvement est impossible.

L'incision qui avait été pratiquée au côté externe de l'articulation, pour donner issue au pus, est convertie en un ulcère dont le fond est formé par des chairs fongueuses et livides qui fournissent une suppuration sanieuse, abondante, d'un fétidité particulière.

Un stylet boutonné introduit dans ces chairs, et de bas en haut, pénètre jusque dans la substance osseuse de l'extrémité inférieure de l'humérus et fait éprouver la sensation de la crépitation. Il pé-

nètre aussi dans l'articulation du coude ; en le retirant, il est suivi d'un liquide purulent mêlé à de la synovie.

En présence de symptômes aussi graves qui constituent un cas d'amputation bien caractérisé, M. le médecin principal Van den Broeck conseille son traitement au moyen du baume opodeldoch, en nous laissant entrevoir des chances de réussite. En même temps le sulfate de quinine est dirigé contre les redoublements de la fièvre continue.

Cette médication, exécutée ponctuellement d'après les conseils de l'auteur, nous donne au 8e jour, à notre grand étonnement, les résultats suivants :

Le gonflement, la rougeur et la douleur ont disparu en grande partie ; la suppuration est presque imperceptible. L'état général du malade est satisfaisant, et la fièvre continue a disparu. Delpierre nous demande à manger. M. Van den Broeck soumet alors le malade à un régime tonique; la quantité de baume opodeldoch mêlé à l'huile est graduellement augmentée.

Le 22 septembre, plus de suppuration ; tous les symptômes locaux ont disparu, à l'exception d'un peu de gonflement de l'extrémité inférieure de l'humérus, l'état général du malade est très-satisfaisant : il se lève et se promène. Nous le considérons comme guéri.

Obs. II. — Le nommé Dernffelaere, François, soldat au 8e régiment de ligne, entra le 20 juillet 1848 à l'hôpital militaire, avec une carie de la deuxième phalange du gros orteil gauche.

Le traitement employé d'ordinaire en pareille occurrence n'avait pas produit d'effet au 1er septembre. Les pansements furent alors faits avec le baume opodeldoch, et une amélioration rapide fut obtenue.

Le 24, cet homme est désigné pour la sortie, a l'effet d'aller rejoindre son régiment à Arlon.

Obs. III. — Reyter, Ferdinand-Charles, âgé d 18 ans, soldat au génie, d'un tempérament lymphatique, d'une conformation physique bonne, fit en 1840 une chute sur la jambe droite, qui, d'après le dire du malade, occasionna une tumeur arrondie, de grosseur d'un poing d'adulte, située sur la partie antérieure du tibia, vers l'union de son tiers supérieur avec le tiers moyen. Traitée d'abord par les émollients, elle ne céda qu'à la compression.

Au mois de septembre 1847, une nouvelle chute sur le même endroit détermina une plaie mettant à nu le tibia.

Interrogé sur l'étendue de la plaie, Reyter nous répondit qu'elle pouvait avoir la grandeur de la main.

Les émollients, les pansements au styrax, la cautérisation et la

compression au moyen de bandelettes agglutinatives amenèrent la guérison.

Au mois de mai 1848, une nouvelle plaie semblable à la première se reproduisit. Reyter entra le 11 du même mois à l'hôpital : l'os était à nu, la carie était facile à constater. Le traitement dirigé contre cette affection consista d'abord en applications émollientes sur la plaie, pour en venir successivement à la cautérisation, aux pansements à plat et à la compression par les bandelettes agglutinatives.

Restée sans résultat, cette médication fut remplacée par des topiques astringents, par des pansements faits avec solution de sublimé.

N'étant pas plus heureux, on eut recours à une pommade composée d'onguent mercuriel, d'hydriodate de potasse et d'iode pur, sans toutefois obtenir de l'amélioration.

Le 1er septembre, époque où je fus chargé des pansements, le malade présente les symptômes suivants : amaigrissement général ; détérioration profonde de la constitution avec trouble des fonctions digestives. A la région indiquée plus haut existe un ulcère de la grandeur de la paume de la main ; la peau qui le limite est adhérente, épaissie et bleuâtre. Sa surface est recouverte de chairs fongueuses, également adhérentes à l'os et fournissant une suppuration abondante, d'une fétidité remarquable. Un stylet boutonné, introduit dans ces chairs, pénètre jusque dans la substance de l'os qui se laisse traverser en faisant éprouver la sensation d'une crépitation multiple.

Sans hésiter, j'adoptai la méthode thérapeutique de M. le médecin principal Van den Broeck.

Les premières applications du baume opodeldoch produisirent une inflammation vive de l'ulcère et des douleurs telles, qu'elles causèrent de l'insomnie au malade, qui se refusa à de nouvelles applications. Sans m'alarmer de ces symptômes, je continuai le traitement en augmentant graduellement la proportion du baume opodeldoch.

Le 8, les douleurs sont à peu près nulles, l'inflammation a disparu et les fongosités ont considérablement diminué. Le malade m'engage à continuer les pansements qu'il disait ne pouvoir supporter d'abord. L'amélioration se continue de jour en jour, et le 20 septembre, nous avons la satisfaction de voir l'ulcère fongueux remplacé par une plaie simple, à bourgeons charnus, donnant une suppuration crémeuse et de bonne nature. La peau reprend sa couleur normale.

Le 30, il n'existe plus qu'une plaie de la grandeur d'une pièce

de deux centimes ; la cicatrisation marche rapidement et la peau est libre d'adhérences. Le 12 octobre, la guérison est assurée.

Obs. IV. — Le 20 novembre dernier, M. le médecin principal Van den Broeck voulut bien, sur la demande de M. le docteur Culis, de Mons, se charger du traitement d'une carie du tibia gauche dont était atteinte la nommée N..., à l'hospice du Bon Pasteur.

Je fus chargé de faire les pansements et d'en retracer l'histoire.

La nommée N...., âgée de 14 ans, non réglée, d'un tempérament lymphatique torpide, d'une conformation physique régulière, venant de la campagne, offre une constitution profondément détériorée ; les fonctions digestives sont cependant bien conservées.

Vers la partie antérieure et inférieure de fémur gauche, près de l'articulation du genou, on remarque une cicatrice arrondie, à bords rentrants, avec adhérences des tissus sous-jacents.

Interrogée sur la cause de cette cicatrice, la malade nous répond qu'elle a eu, dans le temps, la même affection que celle dont elle se plaint aujourd'hui, et que sa guérison ne s'est opérée qu'à l'apparition de la carie tibiale dont nous allons nous occuper.

Le genou exploré avec attention ne présente rien d'anormal.

La région tibiale gauche offre, dans son tiers supérieur, un gonflement considérable ; la peau qui la recouvre est d'un rouge bleuâtre et adhérente en partie avec les tissus sous-jacents.

Vers la partie supérieure de cette région, on remarque une ouverture de la grandeur d'une pièce de deux centimes ; les bords en sont relevés et circonscrivent une ulcération dont le fond est recouvert de chairs fongueuses et donnant issue à une suppuration séro purulente, fétide et caractéristique. — Le stylet pénètre avec la plus grande facilité dans une étendue de deux pouces et demi entre le tissu cellulaire sous-cutané et la substance de l'os ; en imprimant une douce pression, la crépitation se fait entendre.

Après avoir constaté ces symptômes, les médecins présents adoptent pour traitement la médication dont nous nous occupons.

Le 22, j'introduis dans le trajet fistuleux un petit cylindre d'éponge préparée à la cire ; les frictions et les pansements au baume opodeldoch sont effectués d'après les principes posés par l'auteur de ce traitement.

Le 23, les préparatifs de la veille nous permettent d'injecter le baume dans la fistule. Il survient une inflammation violente des tissus qui arrache des pleurs à la malade.

La douleur et l'inflammation disparaissent au bout de trois jours.

Le traitement est exécuté ponctuellement de jour à autre, et nous avons la satisfaction de voir la guérison s'opérer rapidement. A l'heure qu'il est, il n'existe plus qu'un petit trajet filiforme du

cité interne ; la plaie est en pleine voie de cicatrisation. Ainsi, cette affection qui durait depuis 18 mois a disparu sous l'influence d'un traitement d'un mois.

(*Archives belges de médecine militaire*, février 1849).

OBSERVATION D'UNE TUMEUR CANCÉREUSE DU SEIN, SUIVIE DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'EMPLOI DU CHLOROFORME ;

Par J.-C.-E. Warlomont, médecin de bataillon, à Tournay.

Henriette Bresoux, de Rume (arrondissement de Tournay), âgée de 50 ans, d'une conformation physique bonne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, déclare que son père est mort d'une maladie aiguë sur laquelle elle ne peut donner de détails, et sa mère d'une maladie de poitrine. Elle ne connaît personne de sa famille qui soit ou ait été atteint de maladie cancéreuse. Elle a toujours été bien réglée. Il y a 20 ans, elle a eu un enfant qu'elle a nourri en même temps qu'elle en allaitait un autre. Le sein droit était pour ainsi dire le seul qui fournît du lait ; le gauche était moins développé et aride. Au bout de quelques mois, les deux nourrissons moururent. Elle en prit un troisième qu'elle nourrit encore pendant un an environ, et qui périt à treize mois. En somme, elle avait fait presque seule les frais de ce triple allaitement. Depuis cette époque, elle n'a plus eu d'enfants. La menstruation a duré jusqu'à l'âge de 49 ans.

Il y a 17 ans qu'elle a commencé à éprouver des douleurs au sein gauche. Ces douleurs, qui ont duré pendant neuf années consécutives, et qui n'étaient accompagnées d'aucun signe apparent de maladie, disparurent spontanément. Peu de temps après, il y a huit ans, la malade a remarqué que des tumeurs se développaient dans le sein droit ; mais comme elles n'occasionnaient aucune douleur, elle ne s'en occupa pas autrement. Depuis cette époque, le sein a constamment gagné de volume ; d'autres tumeurs s'y sont fait sentir, et l'été dernier, peu de temps après la cessation des règles, des douleurs lancinantes, légères et rares, apparurent. Ces douleurs augmentant, elle se décida à se présenter à la consultation gratuite faite par M. Delemarre, à l'hôpital militaire, où nous la trouvâmes dans l'état suivant :

Le sein droit a le volume d'une tête d'adulte ; la peau en est saine, blanche, lisse. Des veines variqueuses d'un volume considérable (quelques-unes atteignent celui d'un petit doigt) y rampent de toutes parts, surtout sur la moitié supérieure. Le mamelon

est volumineux et intact. Aucune ulcération n'altère les téguments. En palpant la glande, on sent que sa masse est constituée par plusieurs tumeurs dures, bosselées, irrégulières, insensibles à la pression. Dans certains points, on constate la présence d'autres tumeurs molles et fluctuantes. La douleur ne s'éveille pas par les investigations du chirurgien; elle ne se manifeste que spontanément et sous forme d'élancements douloureux, qui surviennent d'ailleurs assez rarement.

Du reste, il n'y a pas de tumeurs dans le creux de l'aisselle ni dans le sein gauche; le ventre est en bon état, la santé générale est excellente; rien n'indique que la maladie soit constitutionnelle : le teint est naturel et aucun symptôme ne peut faire craindre un état cachectique.

L'ablation de la tumeur est décidée, et l'on y procède comme suit :

La malade, assise sur une chaise, est soumise à l'inhalation du chloroforme dont les effets ne tardent pas se faire sentir. Deux incisions semi-lunaires circonscrivant, avec le mamelon, un pouce environ de téguments au-dessus et au-dessous de celui ci, sont pratiquées suivant les directions prescrites. Des vaisseaux considérables versent du sang à flots par leurs bouches béantes dans l'épaisseur des téguments; la compression de l'artère axillaire met fin à l'hémorrhagie. La dissection de la peau se fait sans embarras; la tumeur qui n'a d'adhérences avec le grand pectoral, sur lequel elle repose, que par du tissu cellulaire très-lâche, est facilement détachée et enucléée en entier. Les tissus avec lesquels elle était en contact sont parfaitement sains. La ligature de six artères volumineuses est pratiquée et la suture des lèvres de la plaie au moyen d'épinglés; une ouverture médiane est ménagée pour le passage des ligatures. Un linge fenêtré enduit de cérat, un plumasseau de charpie, une bande, complètent l'appareil.

La malade n'a guère éprouvé que les douleurs du pansement, le chloroforme ayant agi complétement pendant le temps qu'il a fallu pour faire tomber le sein. Aucun accident n'est venu entraver la marche de l'opération. La réunion par première intention a bientôt été complète, et la malade a regagné son village dix jours après l'opération.

Examen de la pièce anatomique. — Si jamais le nom de cancer composé a pu être donné à certaines variétés de tumeurs carcinomateuses du sein, c'est bien à celle-ci qu'il doit s'appliquer. Rien de plus remarquable en effet que la diversité des tissus et des produits accidentels qui s'y sont trouvés contenus, et dont nous allons donner la description.

La masse de la tumeur est constituée par un sac unique renfermant le sein et les divers produits qui y ont pris naissance. Elle pèse deux kilogrammes et demi. Au premier coup de scalpel qui y est donné, il s'en échappe une quantité de sérosité rouge, sanguinolente, évaluée à un litre. Les autres dissections font découvrir les particularités suivantes :

1° La glande mammaire, comprise dans le kyste principal, a perdu toute trace de son organisation première : elle a subi la dégénérescence carcinomateuse à tous les degrés, depuis l'induration fibreuse jusqu'au ramollissement cérébriforme.

2° Un kyste central à parois blanches, lisses, bien organisées, renfermant de la sérosité sanguinolente. Dans l'intérieur de cette poche, qui a la capacité d'un demi-litre, on trouve :

3° Une tumeur du volume et de l'aspect d'un rein humain, constituée par un tissu d'un brun-grisâtre, squirrheux, lardacé ; cette substance crie sous le scalpel et les bords des incisions sont humectés d'une sérosité visqueuse. Cette masse, pesante et dure, se trouve à peu près au centre de la masse totale et dans l'intérieur du kyste central. Près de celui-ci l'on découvre :

4° Un sac de la grandeur de la vésicule du fiel, contenant un liquide brun-verdâtre, lié, ressemblant à de la bile. Ce sac est parfaitement organisé et en renferme un autre du volume de la prostate et d'où s'échappe, par son incision, un liquide épais visqueux, noirâtre, ressemblant à du sirop de poires, ou plutôt à de la matière mélanique.

5° Un kyste du volume d'un œuf de pigeon, rempli de liquide séreux, jaunâtre.

6° Une tumeur du volume d'un œuf de poule, renfermant de la sérosité sanguinolente.

7° Un kyste bien constitué, siégeant au milieu du tissu dégénéré de la glande mammaire, de la grandeur d'un citron, et renfermant : (*a* une substance citrine, sirupeuse, ressemblant à de la marmelade d'abricots ; (*b* une tumeur squirrheuse de la grosseur d'un marron et offrant à l'intérieur la texture et la couleur d'un marron cuit. — Les parois du sac sont tapisées en dedans et en dehors par des poireaux blancs, nombreux, et offrant beaucoup de ressemblance, pour leur forme, avec les végétations syphilitiques.

8° Un sac cartilagineux de la dimension d'un œuf d'oie, renfermant de la sérosité blanchâtre. A l'intérieur, les parois sont d'un blanc mat et offrent les rugosités de la peau de chagrin. A l'extérieur, elles adhèrent au tissu cérébriforme environnant.

9° Un kyste des dimensions et de la forme d'une forte orange ;

ses parois blanches, épaisses, bien organisées, chagrinées à l'extérieur de verrues en choux fleurs. Il renferme : (*a*, implantée sur une de ses parois par une large base, une autre poche cartilagineuse offrant le même aspect que la principale et renfermant comme elle de la sérosité sanguinolente ; (*b* une tumeur du volume d'un petit marron, constituée par du tissu squirrheux, lardacé, brunâtre.

Les produits accidentels, si différents par leur forme, leur texture, les substances qui les constituent ou qu'ils renferment, sont unis entre eux par du tissu cellulaire dégénéré et offrant l'apparence de la matière encéphaloïde. On y trouve encore une foule d'autres petites tumeurs qu'il serait trop long de décrire.

Cette pièce anatomique a été placée dans un bocal contenant de l'esprit-de vin. Elle a perdu une partie de sa valeur scientifique par l'écoulement des divers produits qui s'y trouvaient contenus ; mais chacune des tumeurs décrites y est conservée.

Comme nous l'avons dit plus haut, aucune contre-indication ne s'opposait à l'opération qui a été pratiquée. L'isolement facile de la tumeur dont aucune parcelle n'a été abandonnée dans la plaie, l'intégrité parfaite des tissus au milieu desquels elle était implantée, l'état général de la santé de l'opérée, sont pour nous autant de garanties contre la récidive.

Nous dirons, à propos de cette opération, quelques mots sur l'usage du chloroforme comme moyen d'abolir la douleur ; résultat qui a été obtenu dans toutes les opérations qui ont été pratiquées ici depuis trois mois.

Comme cas remarquable de succès de l'emploi de ce moyen, nous citerons surtout la réduction d'une luxation datant de douze jours, chez un homme d'une stature colossale, et que nous avons opérée, M, Delemarre et moi, avec le secours d'un seul aide, chargé de faire la contre-extension. Sous l'influence de l'inhalation du chloroforme, la résistance musculaire s'est trouvée complétement abolie ; le muscle deltoïde cédait sous les tractions comme de la gomme élastique, et quand la tête de l'humérus s'est trouvée en regard de la cavité glénoïde, la main du chirurgien l'a fait rentrer, sans que l'aide chargé de l'extension ait eu besoin de faire les brusques mouvements d'adduction, indiqués pour ce genre de réductions. Aucun accident n'est venu compliquer l'opération. Le patient, homme d'une constitution apoplectique, si jamais il en fut, a subi les effets de l'agent anesthésique avec une facilité excessive ; aucun dérangement n'a suivi l'opération.

Il est une remarque que je ne veux pas négliger de faire, et qui

n'a pas encore été présentée, que je sache, à propos de la diversité de l'action du chloroforme chez les différents sujets.

Chez certains individus, et surtout chez les malades qui peuplent les hôpitaux militaires, on n'en obtient souvent que des résultats incomplets. Ces hommes en général peu dociles, soit par mauvaise volonté, soit par défaut d'intelligence, sont rarement chloroformisés d'une manière complète. Le plus souvent ils résistent à l'opérateur, se débattent sous son instrument, sont en proie à des mouvements convulsifs, sont en un mot comme des hommes ivres, et dans ces cas rendent les opérations fort difficiles à terminer. Je suis disposé à attribuer ce résultat, ou plutôt cette absence de résultat, à ce que, par la raison que je viens de dire, l'inhalation ne s'est pas pratiquée complétement ni convenablement. Le soldat, très-souvent peu disposé à se laisser opérer, peu confiant et ignorant ce qu'on attend de lui, fait tout ce qu'il peut pour ne pas respirer, repousse plusieurs fois l'appareil, et ne se trouve en général chloroformisé que malgré lui ; souvent encore dans ce cas, et quand l'appareil est appliqué de façon qu'il ne puisse s'abstenir d'en recevoir les vapeurs quand il respire, il retient son haleine le plus longtemps qu'il peut et s'expose ainsi à des accidents graves, dont les moindres sont la privation du bienfait que l'on attend du chloroforme et le danger et la difficulté de l'opération sur des sujets récalcitrants.

Ce qui me fait supposer que cette hypothèse est réelle, c'est que je n'ai jamais rien remarqué de semblable dans la pratique civile. Des sujets dociles, intelligents, intéressés à ce que l'anasthésie se produise, sont rarement longtemps avant de la subir ; le plus souvent l'action du chloroforme est aussi prompte que complète. Dans ces circonstances, je n'ai jamais remarqué ces mouvements convulsifs si fréquents chez les soldats.

Indiquer la cause de ces accidents, c'est en donner le remède. On se bornera à faire pour ainsi dire l'éducation préalable du malade, à lui faire comprendre ce que l'on attend de lui et ce qu'il a à attendre de sa bonne volonté. Si le sujet n'est pas docile, il vaut souvent mieux renoncer à l'inhalation, qui alors engendre de nombreuses difficultés, ou demande au moins un temps très-long.

Au moment où l'usage du chloroforme est l'objet des plus vives discussions en France, il peut être utile de faire un appel aux chirurgiens du pays qui l'ont adopté, et de leur demander de fournir des renseignements sur les accidents qu'ils ont remarqués et qu'ils croient pouvoir lui attribuer. Pour mon compte, je m'empresserai de déclarer que, bien que je l'aie appliqué un grand nombre de fois

soit pour des maladies internes, soit pour des maladies chirurgicales, je persiste à le considérer comme un agent des plus précieux en chirurgie et en médecine, et de la plus parfaite innocuité quand il est employé par des mains prudentes et habiles.

(*Archives belges de médecine militaire*, février 1849).

MÉLANGES.

LA COMMISSION MÉDICALE DU BRABANT VIENT D'ADRESSER LA CIRCULAIRE SUIVANTE AUX HOMMES DE L'ART DE LA PROVINCE :

Messieurs,

La Commission, désirant assurer, dans le cercle de ses attributions, les mesures sanitaires que les circonstances pourraient commander dans la Province, surtout pour les localités où les soins médicaux manqueraient ou seraient insuffisants, a résolu de faire un appel à MM. les praticiens du Brabant à l'effet de réclamer leur concours dans le cas où elle se verrait obligée, par les éventualités, de recourir à leurs lumières et à leur dévouement.

En conséquence, elle a l'honneur d'inviter ceux qui seraient disposés à répondre à cet appel, à vouloir bien faire connaître immédiatement, par écrit, leurs intentions à cet égard au secrétariat de la Commission, rue d'Assaut n° 18, où il leur sera donné, le cas échéant, les instructions nécessaires à l'accomplissement de leur mission, ainsi que communication des conditions relatives aux indemnités qui leur seraient allouées.

Bruxelles, le 8 juin 1849.

Pour la Commission :

Le Secrétaire, Dr DEBIEFVE.

Le Président, Dr SEUTIN.

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1848-1849. — N° 7.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1849. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Consacrée à des questions de législation médicale.

SÉANCE DU 29 AVRIL 1849

Rapports sur le mouvement des hôpitaux du choléra dans la ville de Liége, et sur le mode de traitement adopté par les médecins qui ont desservi ces établissements, transmis à l'Académie par M. le Ministre de l'Intérieur.

I. *Extrait d'un rapport de la commission médicale de la province de Liége.*

« Ces hôpitaux, créés d'après le conseil de la Commission médicale par l'Administration communale et la Commission des hospices, ont été organisés et constamment surveillés par M. Davreux, administrateur des hospices et secrétaire de notre Commission.

« Il résulte du dépouillement des rapports des médecins, qu'il est entré dans ces trois hôpitaux 301 malades, qu'il en est mort 134 et que le chiffre des guérisons est de 167 ; nous devons faire remarquer :

« 1° Pour ce qui concerne l'hôpital Saint-Abraham, qui a été ouvert le 24 décembre, et dont le service a été confié à MM. les docteurs Sauveur, Wasseige et Védrine, et à l'élève interne M. Louis Delheid, de Liége, que, parmi les 122 personnes admises, il s'est trouvé 15 cholériques qui ont succombé dès leur arrivée et qui n'ont pu être soumis à aucune espèce de traitement; que deux autres malades y sont entrés par erreur et sur le point de succomber à d'autres maladies. En conséquence, il n'y a eu dans cet hôpital que 107 malades soumis au traitement, et le chiffre des décès qui y est constaté se trouve en réalité réduit à 44 si l'on ne fait entrer en ligne de compte que les malades *soumis à un traitement*. De plus, il est juste de faire remarquer encore que cet établissement a été ouvert dès les premiers jours de l'épidémie, que c'est à cette époque que la maladie a fait le plus de victimes, et que, par conséquent, les malades admis dans cet hôpital ont généralement présenté un haut degré de gravité.

« 2° Que l'hôpital établi dans le quartier de l'Est, dans l'hospice des hommes incurables, et dont le service fut confié à M. le docteur Frankinet et à l'élève interne M. Jules Gustin de Thimister, fut ouvert le 27 décembre 1848, peu de jours après l'établissement de celui de Saint Abraham. Que dans le chiffre de 118 malades traités, dont 53 ont succombé, plusieurs de ces derniers ont été admis à une époque où tout secours était inutile, et que d'ailleurs plusieurs d'entre eux étaient atteints d'affections incurables parvenues à leur dernière période, et n'ont permis d'observer que *des choléras de complication* presque toujours mortels.

« 3° Que l'hopital des cholériques établi au Béguinage du Vert-Bonnet, et dont le service fut confié à MM. les docteurs Th. Vaust, Closon et Becasseau, et à l'élève interne M. Émile Lombard, (de Liége), fut ouvert le 25 janvier, époque où l'épidémie semblait vouloir commencer à perdre de son intensité. Aussi, sur un chiffre de 61 cholériques admis, il n'y a eu que 22 décès, dans lesquels sont compris 10 cas de choléra traités à domicile et arrivés agonissants à l'hôpital, ou d'affections graves étrangères à l'épidémie, comme il conste de la statistique présentée par les chefs de service. Ces 10 cas déduits du chiffre total de la mortalité, il ne reste que 12 décès appartenant à des cholériques *soumis à un traitement* à l'hôpital du Vert-Bonnet.

« Pour achever de satisfaire au vœu de la dépêche de M. le Ministre, il nous restait à vous transmettre le résumé des moyens thérapeutiques qui ont paru les plus efficaces dans cette terrible

épidémie; mais il nous a semblé que la meilleure manière de parvenir à ce but était de vous adresser copie littérale des trois rapports émanés des chefs de service des établissements spéciaux dans lesquels toutes les observations les plus utiles ont été recueillies avec un soin, une attention et un esprit de bonne observation qui éloignent toute idée préconçue, toute théorie qui pourrait voiler la marche de la nature. M. le Ministre y trouvera les notions que vous nous avez fait l'honneur de nous demander.

Nous devons vous faire connaître aussi qu'un quatrième hôpital temporaire a été établi dans le quartier du Nord, dans une maison offerte gratuitement par les Sœurs de la Croix ; M. le docteur Brixhe, conseillier communal, s'étant offert à la régence pour desservir cet établissement, en a eu la direction. Depuis l'ouverture de cet hôpital (18 janvier 1849) jusqu'à sa fermeture (31 mars), ce médecin, pratiquant l'homœopathie, n'a point voulu qu'on lui adjoignît de collègue, ni même un élève interne. Nous savons cependant, par M. Brixhe lui-même, qu'on y a reçu quatre-vingt-six malades à des degrés très-variés, que 43 personnes y ont succombé, et que 43 sont guéries.

« En récapitulant les chiffres fournis par les quatre hôpitaux temporaires de la ville de Liége, il en résulte que, depuis le 24 décembre 1848 jusqu'au 31 mars 1849, ces quatres établissements ont recueilli 387 malades, qu'il y en est mort 177, et que 210 ont été guéris. »

II. *Hôpital Saint-Abraham.* (Médecins : MM. H. Sauveur, Ch. Wasseige et Védrine ; élève interne : M. Delheid.)

Jusqu'à ce jour (31 mars 1849) 112 malades sont entrés à l'hôpital Saint-Abraham. De ce nombre on doit déduire :

1° Un phthisique au dernier degré qui a succombé quelques heures après son admission.

2° Une femme octogénaire qui n'a survécu que peu d'instants à une chute qu'elle avait faite, et dans laquelle elle s'était luxé l'épaule. (Ces deux malades non cholériques, qui par erreur avaient été déposés pendant la nuit à Saint-Abraham, n'ont pu être renvoyés dans un hôpital ordinaire à cause de l'état grave dans lequel ils se trouvaient.)

3° Treize cholériques qui ont succombé a leur entrée à l'hôpital ou peu de temps après, et qui n'ont pu être soumis à aucune espèce de traitement.

Reste donc 107 malades traités ; de ce nombre,

44 ont succombé ;
58 sont sortis guéris ;
4 sont en voie de guérison ;
1 en traitement.

107

e s cent sept malades se répartissent comme suit :

55 hommes dont 20 morts.
52 femmes » 24 mortes.

Le sexe masculin, d'après l'âge, se répartit comme suit :

De	2 à 10	ans	5	guéris,	0	morts.
»	10 à 15	»	6	»	0	»
»	15 à 20	»	1	»	2	»
»	20 à 30	»	6	»	3	»
»	30 à 40	»	6	»	2	»
»	40 à 50	»	4	»	8	»
»	50 à 60	»	4	»	3	»
»	60 à 70	»	2	»	1	»
»	70 à 90	»	1	»	1	»
			35	guéris,	20	morts.

Le sexe féminin, d'après l'âge, se répartit comme suit :

De	2 à 10	ans	1	guéri,	2	morts.
»	10 à 15	»	5	»	1	»
»	15 à 20	»	1	»	1	»
»	20 à 30	»	10	»	4	»
»	30 à 40	»	7	»	2	»
»	40 à 50	»	3	»	3	»
»	50 à 60	»	1	»	6	»
»	60 à 70	»	1	»	1	»
»	70 à 80	»	1	»	2	»
»	80 à 90	»	0	»	1	»
»	95	»	0	»	1	»
Total :	femmes	:	28	guéris,	24	morts.
»	hommes	:	35	»	20	»
Total général.			63	guéris,	44	morts.

Ces résultats sont satisfaisants, surtout si l'on considère que l'hôpital Saint-Abraham a été ouvert dès le commencement de l'épidémie (le 24 décembre 1848), et qu'un grand nombre de malades y ont été admis à l'époque où elle frappait avec la plus vive intensité, par exemple, lors du désastre de la rue de l'Université, journées pendant lesquelles aucun des malades atteints en ville n'a pu être sauvé.

Les malades entrés appartenaient en général à la classe ouvrière malheureuse, à celle dont le salaire est insuffisant pour subvenir à l'alimentation de la famille et à la réparation des forces corporelles épuisées par le travail.

Les ouvriers dont le salaire est suffisant et la classe indigente du plus bas étage, n'exerçant aucune profession et vivant de la

charité publique ont été jusqu'à ce jour moins décimés par la maladie. La plupart des malades se trouvaient dans un état fort grave ; ils n'arrivaient à l'hôpital qu'après un ou plusieurs jours de maladie ou lorsque des moyens de guérison avaient été inutilement tentés par les médecins du bureau de bienfaisance.

Traitement.

Premier degré. Selles et vomissements blancs, diminution notable de la circulation et de la chaleur animale, légère altération de la voix et des traits de la face, diminution ou absence de la sécrétion urinaire avec ou sans crampes.

Traitement. Excitants légers, tels que : eau de menthe avec addition de quelques gouttes d'huile essentielle de la même plante ; acétate d'ammoniaque à la dose d'une demi-once ; laudanum liquide de Sydenham à assez forte dose (un et deux gros) ; cataplasmes de farine de lin sinapisés aux extrémités inférieures ; chaleur au moyen de boules d'eau chaude sous les couvertures ; thé de tilleul pour boisson ; quelquefois de la glace, quand les malades étaient tourmentés par une soif vive ou que les boissons chaudes étaient mal supportées. Diète absolue.

Deuxième degré. Selles et vomissements blancs abondants ; refroidissement général ; pouls filiforme ou absence de circulation dans l'artère radiale ; suppression de la sécrétion urinaire ; altération profonde des traits de la face et de la voix ; amaigrissement général ; cyanose, crampes ; anxiété précordiale ; insouciance des malades.

Traitement. Ipécacuanha à la dose de vingt grains de quart-d'heure en quart-d'heure ou de demi-heure en demi-heure jusqu'à la dose de 100 à 150 grains. Dans la plupart des circonstances, après l'ipécacuanha, administration de quelques excitants pour soutenir la réaction ; dans d'autres, on ne les a point employés. Larges sinapismes préparés à froid, à la région épigastrique et précordiale, aux extrémités supérieures et inférieures.

La réaction étant obtenue, calomel à la dose de deux ou trois grains et même quatre grains de demi-heure en demi-heure jusqu'à provocation de selles bilieuses.

Pour boissons, thé de menthe, thé de tilleul ou eau fraîche suivant le goût des malades.

Troisième degré. Augmentation de tous les accidents qui précèdent, dyspnée considérable, flaccidité et atonie de la peau.

En général, les malades ne vomissaient plus, et n'avaient plus d'évacuations alvines depuis plusieurs heures quand ils entraient à l'hôpital. C'était en vain que pour les provoquer on adminis-

trait l'ipécacuanha ou le calomel, plusieurs malades en ont pris des doses considérables sans résultat aucun.

On a dû se borner aux excitants à l'intérieur et à l'extérieur, tels que l'huile essentielle de menthe poivrée à la dose de dix gouttes dans une cuillerée d'eau-de-vie de Montpellier, de quart-d'heure en quart-d heure ou de demi-heure en demi-heure.

Le camphre en dissolution dans l'éther-acétique ; la teinture d'arnica et de valériane ; le vin chaud fortement aromatisé ; la teinture de noix vomique ; la strichnine, et enfin toutes les potions excitantes conseillées par les médecins Russes et Allemands ont été également employés.

Outre les sinapismes promenés sur toute la surface du corps, on a employé l'ammoniaque uni à la thérébentine le long de l'épine dorsale et, dans quelques cas, de larges vésicatoires.

On a été assez heureux pour sauver quelques malades arrivés à cette période.

Chez quelques malades atteints au deuxième ou troisième degré, l on a employé les évacuations sanguines générales et locales, mais, sauf le cas où un malade présentait les signes évidents d'une congestion pulmonaire droite et où le sang a offert une légère couenne inflammatoire, on n'a pas eu à se louer de cette médication dans ces deux périodes. Elle parait inutile dans le choléra au premier degré.

Dans la période de réaction et lorsque les malades offraient des signes de congestion cérébrale, pulmonaire, hépatique ou autres, les déplétions sanguines ont paru, au contraire, quelquefois d'une grande utilité, surtout en en usant avec modération.

On doit avoir une grande confiance dans l'emploi du laudanum à haute dose dans le début de l'affection. Il a paru toujours avantageux de modérer le plus tôt possible les vomissements et les selles, et d'empêcher ainsi le développement de la période algide. Les médecins, chargés du service à l hôpital Saint-Abraham, établissent une grande différence entre la diminution des évacuations au début de la maladie par les efforts de l'art, et la cessation de ces mêmes évacuations, résultant des progrès de la maladie, cas dans lequel les sujets sont toujours dans le plus grand danger.

Le changement des évacuations cholériques en évacuations bilieuses, quoique ayant paru du meilleur augure dans le plus grand nombre de cas, n'a cependant pas toujours empêché les malades de succomber avec tous les phénomènes de la période algide.

Le hoquet, observé assez fréquemment, n'a pas cédé à l'admi-

nistration des antispasmodiques, notamment du musc ; il a disparu ordinairement le troisième jour par les seuls efforts de la nature.

Nous avons essayé sur un de nos derniers malades le sesquichlorure de carbone : c'était un enfant de cinq ans qui, la veille, avait perdu son père du choléra, et dont la mère était atteinte de la même affection.

Il habitait une maison où huit autres personnes avaient succombé en cinq jours à cette maladie.

Cet enfant était dans l'état suivant : selles et vomissements blancs, altération des traits de la face, enfoncement des yeux dans l'orbite, peau froide et humide, pouls filiforme, absence d'urines.

Quinze grains de sesqui-chlorure de carbone ont été pris en douze heures de temps, la réaction n'a pas tardé à se manifester vivement, les selles et vomissements se sont arrêtés, et aujourd'hui cet enfant se trouve en pleine convalescence.

Nous croyons de la plus haute importance d'appeler l'attention des hommes de l'art sur deux faits qui dénotent que des foyers d'infection se sont manifestés pendant le cours de l'épidémie, et sur les moyens que les médecins attachés à l'hôpital Saint-Abraham ont cru devoir employer pour y remédier.

Premier fait. Depuis une quinzaine de jours, la houillère Orban, située au faubourg Sainte-Marguérite, à Liége, fournissait un fort contingent à l'épidémie. Malgré les précautions les plus minutieuses de ne laisser pénétrer dans la bure que les ouvriers exempts d'indisposition, chaque jour, plusieurs d'entre eux en étaient retirés, après quelques heures, dans un état très-alarmant.

Les médecins de l'hôpital Saint-Abraham, où la plupart d'entre eux avaient été recueillis, donnèrent le conseil de projeter dans les travaux du chlorure de chaux sec, de faire prendre aux ouvriers, avant la descente, du bouillon fortement aromatisé avec des feuilles de laurier, des clous de girofles, etc., et de distribuer à la sortie la viande qui avait servi à confectionner ce bouillon.

Les travaux furent suspendus pendant trente-six heures, depuis le samedi 24 février au soir jusqu'au lundi 26.

Depuis cette époque jusqu'à cette date (31 mars 1849), aucun cas nouveau ne s'est présenté dans cette houillère.

Deuxième fait. L'hôpital Saint-Abraham, situé dans la rue de la Casquette, à Liége, forme un carré parfait de vingt-cinq mètres de côté, et se compose de trente chambres séparées, pou-

vant recevoir cinquante malades, à l'exception de cinq champres donnant sur la rue et qui sont réservées pour les besoins du service ; toutes les autres prennent jour sur un jardin carré de douze mètres cinquante centimètres de côté.

Depuis le 24 décembre jusqu'au commencement de mars, les malades entrés en convalescence ne tardaient pas à guérir.

A cette époque, nous crûmes remarquer que des accidents de diverse nature reparaissaient chez nos convalescents.

Ainsi plusieurs d'entre eux étaient repris de nausées, de vomissements et de diarrhée blanchâtre.

Nous attribuâmes d'abord ces symptômes morbides à une alimentation trop abondante, mais ce fut en vain qu'on en retrancha la majeure partie, qu'on mit même quelques sujets à une diète absolue ; les accidents n'en continuèrent pas moins.

Deux enfants en convalescence d'un choléra au premier degré ont une rechute le 9 mars ; ils passent bientôt à l'état algide et l'un d'eux, le plus jeune, âgé de deux ans, succombe le 10 au matin.

Dans la nuit du 9 au 10 mars, une des sœurs de la Croix, qui nous secondait avec tant de dévouement, la sœur Albertine, est prise de diarrhée avec refroidissement.

Cette même nuit, deux infirmiers sont également pris de diarrhée, et un troisième de coliques et de vomissements. Une autre sœur, la sœur Pauline, éprouve les mêmes accidents dans la journée du 10.

Le 10, à la soirée, l'épouse d'un de nos infirmiers, qui, depuis huit jours, était attachée à l'établissement comme cuisinière de nuit, tombe malade et meurt dans la nuit.

Le fils du portier, âgé de neuf ans, qui venait près de son père pour ne pas rester seul à la maison pendant que sa mère était à l'ouvrage, est pris du choléra dans la journée du 11.

L'épouse Lamis, ouvrière de la houillière de l'Aumônier, convalescente d'un choléra très-grave, éprouve une rechute le 11, et meurt dans la journée dans la période algide.

Sœur Antonia est atteinte de diarrhée dans la journée du 11, sœur Claire éprouve les mêmes accidents le 12, et se trouve encore alitée en ce moment (31 mars).

L'élève interne, M. Delheid, et nous-mêmes dans la nuit du 10 au 11, avons éprouvé du malaise, des nausées ou des vomissements et de la diarrhée, qui a duré plusieurs jours chez l'un d'entre nous.

Cette coïncidence remarquable, cette recrudescence de la maladie qui a coûté la vie à une personne attachée à l'établisse-

ment, à deux de nos malades, qui a mis la plupart des autres en danger de mort, qui a simultanément frappé presqus tout notre personnel, prouve à l'évidence que l'hôpital Saint-Abraham était devenu un véritable foyer d'infection, malgré les précautions les plus minutieuses de propreté et d'assainissement que nous avions employées.

Depuis lors, nous avons pris de nouvelles mesures propres à détruire l'infection. Ainsi toutes les chambres ont été blanchies à la chaux ; du chlorure sec a été projeté, plusieurs fois par jour, dans les appartements, dans la cour, près des regards des égouts et dans les fosses d'aisance. Les miasmes délétères, provenant de ces dernières, ont été neutralisés par le sulfate de fer mêlé aux matières fécales. Du charbon animal a été projeté sur les parties du jardin où des vases contenant des matières rendues par les selles et les vomissements avaient pu être versés à notre insu.

Ces mesures ont suffi pour arrêter un foyer d'infection qui pouvait avoir les plus fâcheux résultats sur tous nos malades, sur notre personnel et sur nous-mêmes.

Aujourd'hui, nous n'avons plus à craindre que l'infection se renouvelle. Nous sommes heureux de voir nos convalescents marcher à grands pas vers la santé, et nos nouveaux malades entrer en une convalescence que rien ne contrarie.

III. *Hopital temporaire, quartier de l'Est, établi à l'Hospice des hommes incurables.* (médecin : M. Frankinet ; élève : M. Jules Gustin.)

Du 27 décembre 1848 au 31 mars 1849, sur 118 malades, 65 guéris, 53 morts.

Relativement au degré de la maladie, il y a eu :

Cas graves	79
— moyens	22
— légers	17
	118

La mortalité par rapport au sexe a été :

Pour le sexe masculin	29
« féminin	24
	53

Sous le rapport de l'âge des sujets :

Sexe masculin,	4	morts de 5 à 20 ans.
«	9	morts de 20 à 40 ans.
«	16	morts de 40 à 70 ans.
	29	

Sexe féminin,	3	morts de 3 à 6 ans.
«	10	morts de 10 à 40 ans.
«	7	morts de 40 à 70 ans.
«	4	morts de 70 à 90 ans.
	24	

Nota. Plusieurs cas, d'abord légers, se sont aggravés à l'hôpital, même malgré les moyens employés.

Traitement. — Période algide, etc. Sinapismes multipliés, le long du rachis, sur le thorax, l'abdomen et les extrémités; barils et boules d'eau chaude; frictions ammoniacales camphrées ,etc. ; potions excitantes où entrent la menthe, la cannelle, les éthers sulfurique et acétique, l'acétate d'ammoniaque, infusions de tilleul, de menthe alcoolisée, punch, etc.

Aucun de ces moyens, pris isolément, n'a semblé mériter la préférence.

Suivant la prédominance des vomissements ou des selles, ipécacuanha ou calomel (le premier à 30 ou 40 grains en deux fois; le deuxième à 20 grains en deux doses, pur ou associé à la poudre de jalap).

Les émissions sanguines générales ou locales ont été peu employées ; on n'a pu en constater l'efficacité.

Période de réaction bien établie. Saignées générales et locales; elles ont été souvent employées. L'application des sangsues à l'anus, à l'épigastre a généralement réussi contre les symptômes de congestion; de même que les ventouses le long du rachis, et les vésicatoires multipliés à la nuque, à la partie interne des cuisses ont été employés avec avantage comme révulsifs dans les congestions vers l'encéphale.

Troisième période (typhoïde, torpide, nervoso-putride). Racine d'arnica, quinquina avec l'éther acétique, le succinate d'ammoniaque, vin chaud.

Remarques. Les bains généraux simples ou sinapisés n'ont été que très-rarement mis en usage ; ils ne se sont point montrés efficaces.

Les poudres aérophores, le sous-nitrate de bismuth, ont réussi quelquefois contre les vomissements.

La potion huileuse (non émulsionnée) a souvent fait cesser les coliques.

L'opium n'a guère été administré, si ce n'est dans le début de l'épidémie, où son emploi a été inutile sinon nuisible.

IV. *Hôpital des cholériques du Vert-Bonnet.* (Médecins : Théodore Vaust. Joseph Closon et Becasseau ; élève-interne : Emile Lombard.)

Traitement. Le choléra est un empoisonnement miasmatique. A défaut de corps neutralisant, il faut chercher à éliminer le principe toxique.

Pendant quatre mois, même avant l'apparition de l'épidémie, les médecins praticiens ont observé un fait bien digne de fixer l'attention, c'est qu'un très-grand nombre de personnes ont éprouvé des indispositions plus ou moins graves, consistant, chez les unes, en un trouble des voies digestives, caractérisé par la diminution de l'appétit, un enduit jaunâtre de la langue, une augmentation du volume du foie, des selles en diarrhée, accompagnées ou non de douleurs abdominales ; chez les autres, par un mouvement fébrile qui précédait et accompagnait des transpirations générales, abondantes et qui persistaient pendant plusieurs jours. Nous dirons en passant que cette dernière indisposition a été décorée, à tort selon nous, du nom de *suette.* La sueur fétide et notable des pieds est survenue chez beaucoup de personnes qui antérieurement n'y étaient point sujettes.

Ces faits pathologiques constituent, pour nous, un véritable travail d'élimination opéré par l'organisme en suractivant les fonctions des organes, destinés à rejeter au dehors les substances inassimilables excrémentitielles, les agents toxiques : ce sont les organes digestifs, le foie et le système cutané.

A l'appui de notre opinion, nous croyons utile de mentionner un fait bien connu des toxicologistes, c'est que, dans les cas d'empoisonnement, à l'autopsie, on rencontre les substances vénéneuses déposées dans certains organes, et principalement dans le foie dont les fonctions sont éminemment éliminatrices.

Dans l'affection qui sévit actuellement, c'est évidemment vers cet organe dépurateur que l'organisme doit concentrer ses efforts pour se débarrasser d'un principe qui tend à le détruire. Ne semble-t-il pas que la nature ait voulu nous tracer la marche qu'il faut suivre pour favoriser et diriger son action conservatrice ?

Nous rappelant les paroles de Baglivi, *Medicus naturæ minister,* nous avons cherché à lui prêter un appui opportun, en dirigeant nos moyens thérapeutiques vers les mêmes organes auxquels elle s'adresse pour opérer son travail d'élimination. Pour atteindre ce but, elle met ses forces en jeu, tantôt avec lenteur et mollesse, comme si elle succombait sous le fardeau ; tantôt avec trop de

vigueur et d'impétuosité, elle le dépasse. Dans le premier cas, le médecin doit les soutenir ; dans le second, les modérer.

Cholériques sans cyanose. Première série. (Cas légers et moyens.)

Chez la plupart des malades composant cette série, douze sur quatorze, outre les selles liquides caractéristiques, les douleurs abdominales et des membres, les envies de vomir, les vomissements et l'absence d'urine, on observait une circulation en dessous du rhythme normal ; les pulsations radiales résistaient moins sous la pression : l'air expiré était moins chaud ; la face plus allongée, d'une nuance analogue à la couleur de l'étain, donnant au toucher une impression de fraîcheur. Les pieds et les mains étaient refroidis, les doigts plus effilés, les articulations des phalanges plus prononcées. Mais la peau n'était pas d'une couleur bleuâtre assez prononcée pour constituer une cyanose bien évidente.

Débarrassé de ses vêtements et déposé sur la couche, le malade est enveloppé avec des couvertures de laine chauffées ; un vasé d'étain ou de grès renfermant de l'eau chaude est placé sous les pieds. La racine d'ipécacuanha en poudre, à la dose de quinze à vingt grains pour un adulte, de cinq à huit grains pour un enfant, est administrée de quart d'heure en quart-d'heure, jusqu'à l'obtention de cinq à six vomissements, dont les derniers sont souvent verdâtres, bilieux. La réaction et la transpiration suivent de près la secousse opérée par le vomitif, surtout si l'on a soin d'en favoriser l'apparition par l'application sur l'abdomen de larges cataplasmes de farine de lin et l'usage de boissons tièdes, le thé de tilleul.

Lorsque les selles sont nombreuses, nous prescrivons une décoction d'orge ou de riz édulcorée avec le sirop de gomme, et s'il existe des douleurs abdominales, on ajoute le sirop de pavot blanc ou quelques gouttes de laudanum, six à huit, non dans le but d'arrêter la diarrhée qui, selon nous, est favorable lorsqu'elle est jaunâtre, bilieuse, mais pour la modérer et surtout amortir la douleur.

Nous nous bornons ensuite à surveiller le malade, le tenant soumis à la diète et à l'usage des boissons délayantes, telles que l'eau pure ou édulcorée avec le sirop de framboises.

Chez les malades de cette série que l'on est convenu d'appeler cas légers, nous avons cru pouvoir, et avec succès, nous abstenir des évacuants et de toute autre médication active. Placés dans des conditions hygiéniques plus favorables que celles dans les-

quelles ils se trouvent habituellement, ils ont obtenu une facile guérison par la diète, les boissons émollientes et les cataplasmes émollients sur l'abdomen.

Cholériques avec cyanose. Deuxième série. Cas graves. Période algide, asphyxique.

Le cholérique étant établi, les extrémités inférieures sont recouvertes par des sinapismes que l'on enlève lorsque la rubéfaction est prononcée ou que le malade annonce qu'il ressent assez fortement l'action de la moutarde ; des vases remplis d'eau chaude sont placés sous les pieds et sur les parties latérales du corps ; des couvertures de laine chauffées enveloppent le malade. Cette besogne achevée, on administre l'ipécacuanha aux doses et de la manière indiquée pour les malades de la série précédente. Après avoir obtenu de nombreux vomissements, nous donnons le calomel à la dose de un ou de deux grains, selon l'âge, toutes les demi-heures, nous arrêtant à la quinzième si nous traitons un adulte, à la dixième, si c'est un enfant.

Pendant l'administration du calomel, nous donnons pour boissons du thé de tilleul chaud ou de l'eau froide, selon le goût du malade. Lorsque les vomissements se sont montrés incessants et la soif très-prononcée, nous donnons la glace.

Lorsque le sujet est d'une constitution faible, que la réaction s'établit avec lenteur, se montre douteuse (ces cas sont assez nombreux), nous avons recours aux cataplasmes sinapisés sur le ventre, et à une potion composée d'eau de menthe, d'acétate d'ammoniaque et de sirop de gomme, qui est remplacé par le sirop de pavot blanc, lorsque le malade accuse de la douleur à la région épigastrique.

Contre la douleur des membres (crampes), nous nous sommes bornés à des frictions avec une pièce de laine chauffée ou simplement avec la main.

Chez la plupart des cholériques auxquels nous avons donné le calomel, les selles séreuses, ressemblant à de l'eau de riz, ont cessé et ont été remplacées par d'autres selles nombreuses, dix à douze et plus, analogues à une bouillie délayée, d'une couleur jaunâtre ou vert d'épinard.

Le calomel, en suractivant les fonctions de l'organe hépatique, et en modifiant la sécrétion intestinale, est-il évacué avec les produits sécrétés, ou n'est-il point absorbé en quantité suffisante pour donner lieu à la *salivation?* nous ne l'avons observé dans aucun cas. Ou bien y aurait-il absence de salivation

comme il y a absence d'urine, parce que le sang, veuf de sérosité, ne contient plus les éléments nécessaires pour la produire?

Si la médication précitée nous a valu de beaux succès, nous devons avouer qu'ils n'ont pas été constants, que nous avons rencontré des sujets qui s'y sont montrés réfractaires, et chez lesquels nous avons vu se prolonger la période algide et apparaître les symptômes caractéristiques de l'asphyxie, tels que cyanose prononcée et gêne considérable de la respiration.

Dans ces cas nous nous sommes adressés :

1° Aux déplétions sanguines générales et locales, dans le but d'opérer une soustraction du poids, une diminution de la masse d'un sang qui, ayant acquis plus de consistance par la perte d'une grande partie de ses éléments séreux, obstrue le système veineux.

Nous avons observé que la section de la veine ne donnait, dans la période algide, qu'une quantite peu considérable de sang qui sortait en bavant.

Quant à la saignée capillaire pratiquée sur la région épigastrique, nous avons vu les sangsues se détacher plus promptement, mais les piqûres, si l'on avait soin de les éponger avec de l'eau chaude, donnaient lieu à un écoulement de sang assez abondant. Cette dernière nous a paru très-utile, et nous y avons eu maintes fois recours.

2° A l'application d'un large sinapisme qu'on laisse séjourner sur les parois abdominales, jusqu'à très-forte rubéfaction, dans le double but de réveiller l'activité du système nerveux qui se trouve dans un état de collapsus par l'absence de son stimulant physiologique (les artères sont vides et le sang peu hématosé), et d'opérer une dérivation vers l'organe cutané du sang qui encombre les vaisseaux veineux abdominaux.

3° Lorsque par les moyens précédents nous n'avons pas réussi à modifier d'une manière avantageuse l'état du malade, nous avons pensé à employer, comme dernière ressource, les excitants énergiques, avec la crainte de les voir augmenter encore l'afflux du sang vers les organes abdominaux. L'huile de menthe, dix à douze gouttes, associée au vin chaud ou à l'alcool, l'ammoniaque liquide, sept à huit gouttes dans de l'eau de menthe, ont été administrés dans l'état asphyxique, et sans succès. Nous devons cependant faire l'aveu que nous n'y avons eu recours que dans les cas extrêmes, lorsque les malades nous paraissaient dans une position désespérée.

Période de réaction. — Cette période de la maladie que nous désignerions volontiers sous l'expression de mouvement périphé-

rique *centrifuge*, nous a paru exiger une surveillance active, et fréquemment, une médication prompte et énergique.

Lorsque la réaction s'est établie d'une manière franche et modérée, nous nous sommes bornés à faire de la médecine expectante. Nous avons tenu nos malades dans une température convenable, sans être élevée, modérément couverts, soumis à la diète et à l'usage des boissons délayantes, le thé de tilleul, l'eau édulcorée avec les sirops de gomme et de framboise ou l'eau pure.

Dans les cas où le mouvement réactionnaire a dépassé certaines limites, où nous avons vu se développer les symptômes d'un travail hypérémique ou phlogistique vers un organe ou un système d'organes importants, tels que les centres nerveux, les voies digestives, plus rarement les organes respiratoires, nous nous sommes hâtés de recourir aux déplétions sanguines générales et locales, que nous avons réitérées plusieurs fois, selon le besoin, et aux boissons délayantes susmentionnées. Dans la plupart des cas, nous avons obtenu une issue heureuse.

Chez quelques-uns de nos malades, la réaction, après avoir marché pendant deux à trois jours d'une manière modérée, changeait d'aspect et se transformait en un état typhoïforme, un état cérébral particulier, caractérisé chez l'un par l'hébétude de la face, une somnolence prononcée, presque du coma, avec pulsations artérielles lentes et rares ; chez l'autre, par de l'agitation anxieuse, du délire quelquefois furieux, avec battements artériels énergiques, surtout des carotides, teint animé de la face, injection linéaire et radiée des conjonctives, rougeur scarlatineuse de la langue. Nous avons vu ces deux états alterner chez le même sujet.

La médication, employée dans ces cas, a consisté en applications de sangsues tantôt derrière les oreilles, tantôt à l'épigastre, compresses imprégnées d'eau froide sur la tête, sinapismes sur les extrémités inférieures, et à l'intérieur, l'eau froide pour boisson.

Elle nous a valu plus d'un succès.

Pendant la convalescence, nous avons observé chez trois malades une éruption érythémateuse dont la durée n'a pas dépassé trois jours.

Les sécrétions fournies par les cholériques sont-elles capables de développer la maladie chez les personnes qui entourent ou donnent des soins aux malades ?

Appelé près de deux cholériques fortement cyanosés, et chez lesquels les selles et les vomissements étaient fréquents, l'un de

nous, aidé de deux infirmiers, séjourna pendant environ quatre heures dans la chambre où ces malades venaient d'être placés, occupé à leur donner des soins. Le lendemain, ces trois personnes furent indisposées à différents degrés. L'un des infirmiers fut pris de vomissements, de quinze à vingt selles en diarrhée avec douleurs abdominales ; alité et mis en traitement, il reprit ses occupations le quatrième jour. Le second infirmier eut pour le moins vingt selles liquides accompagnées de douleurs, continua son service, mais soumis à un régime adoucissant. Le médecin éprouva de la lassitude dans les membres, pesanteur de tête, diminution d'appétit, et le soir à peine couché, il se développa une transpiration abondante et très-fétide qui se maintint pendant trois à quatre heures.

Chez les nombreux indigents auxquels il donnait ses soins, M. le professeur Th. Vaust a vu des enfants qui étaient couchés dans le même lit, à côté de leurs frères atteints de choléra, être frappés de l'épidémie le jour suivant.

Statistique. — Admissions, 61.

Du sexe masculin,	26.	Hommes,	24.	Garçons,	2.
— feminin,	35.	Femmes,	27.	Filles,	8.

De 2 à 15 ans,	10.	15 à 30 ans,	25.
— 30 à 40 —	12.	40 à 50 —	7.
— 50 à 60 —	5.	60 à 70 —	4.

1re SÉRIE. *Cholériques sans cyanose* (cas légers et moyens), 14.

Hommes,	5	Guérisons, 14.
Femmes,	9	
Enfants en dessous de 15 ans.	0	

2e SÉRIE *Cholériques avec cyanose* (cas graves), 37.

Hommes,	14.	Garçons,	2.
Femmes,	15.	Filles,	7.
Guéris,	25.	Decédés.	12.
Hommes,	8	Hommes,	6.
Femmes,	10.	Femmes,	4.
Carçons,	2.	Garçons,	0.
Filles,	5.	Filles,	2.

Cas graves, un décès sur trois malades.

Réunissant les deux séries, un décès sur quatre malades.

3e SÉRIE. *Cholériques traités à domicile, arrivés à l'hôpital agonisants ou qui ont succombé à une affection étrangère à l'épidémie.*

1° Trinne, Henri, 17 ans, batelier de Barvaux, traité à Ougrée.

2° Roussel, Joseph, 65 ans, faubourg Saint-Gilles.

3° Franquin, Pascal, 66 ans, faubourg Saint-Léonard.

4° Grailet, épouse Bienvenu, 67 ans, Avroy.

6° Dechamps, épouse Noël, 39 ans, décédée immédiatement après son arrivée.

7° Gilles, Nicolas, 42 ans, cocher, au Laveu. Ce malade atteint de pneumonie depuis six semaines est mort après la rupture d'une vomique.

8° Goffoy, Arnold, 53 ans, instituteur. Ce malade a succombé au délirium-tremens après le choléra.

9° Mahonet, Catherine, 7 ans. Cette petite fille nous est arrivée offrant les symptômes d'une méningite très-avancée, tels que coma, renversement permanent de la tête en arrière, grincements de dents continuels, etc., etc.

10. Thonon, Jean-Baptiste, 22 ans, atteint d'épilepsie depuis longtemps. La réaction s'établissait chez ce cholérique, lorsqu'il fut presque subitement enlevé par un accès d'épilepsie.

Tels sont les faits; ils prouvent que notre méthode curative a été suivie de beaux succès. Nous affirmons qu'ils ont été bien plus nombreux encore chez les malades traités à domicile. Personne n'ignore que les indigents apportent avec eux des conditions défavorables, et que le transport à l'hôpital pendant une température froide exerce une influence fâcheuse et augmente la gravité de cette affection.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

PHYSIOLOGIE. — 1. *Sur l'absorption des substances insolubles*; par le docteur J. ALDERTS MENSONIDES, d'Utrecht.

(Archives générales de médecine, mai 1849.)

Nos lecteurs se rappellent probablement la discussion qui a surgi au sein de l'Académie, il y a trois mois à peine, au sujet de l'absorption des substances insolubles : d'une part, le professeur OEsterlen, d'Erlangen, qui affirmait l'existence de cette absorption ; de l'autre, M. Mialhe, qui avait été conduit, par des faits malheureusement trop peu nombreux, à en contester l'existence d'une manière absolue. En attendant que la commission de l'Académie de médecine, qui a été chargée de reprendre cette question, dépose son rapport, nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs l'analyse d'une thèse soutenue à l'Université d'Utrecht, par M. Alderts Mensonides, et dont les résultats nous paraissent de nature à éclairer certains points du problème difficile qui s'agite en ce moment.

Les substances, que l'auteur a employées dans ses expériences, sont les globules de mercure, tels qu'ils sont disséminés dans l'onguent mercuriel, la fleur de soufre, le charbon végétal réduit en poudre extrêmement fine, et les globules d'amidon. Avant tout, nous devons dire que l'auteur a examiné sous le microscope ces diverses substances, et qu'il a trouvé dans l'onguent mercuriel des globules noirâtres, arrondis, en général très-petits, de $^1/_{250}$ de millimètre au plus de diamètre, ayant un éclat argentin sous la lumière réfléchie et mélangés avec des cristaux d'acide margarique ; pour la fleur de soufre, des globules ovalaires, opaques, aux bords jaunes fauves, réunis assez souvent les uns aux autres, ayant de $^1/_{37}$ à $^1/_{156}$ de diamètre et donnant sous la lumière réfléchie une belle couleur jaune presque blanche (solubles dans la potasse caustique) ; dans la poudre de charbon, des par-

ticules noires, opaques, un peu rougeâtres sur les bords, coupés en lignes droites, angulaires, souvent triangulaires ou oblongs, ne se distinguant plus à la lumière réfléchie, et inattaquable par les acides et les alcalis (diamètre de $^1/_{400}$ à $^1/_{40}$ de millimètre); enfin, dans les globules d'amidon des globules dont le diamètre varie de $^1/_{187}$ à $^1/_{24}$ de millimètre, prenant une belle couleur bleue par la teinture d'iode, mais non pas dans le sang, à cause de la présence de l'alcali qu'il faut saturer (il vaut mieux, dans ce dernier cas, se servir de la solution d'iode dans l'iodure de potassium que de la teinture, parce que celle-ci, contenant de l'alcool, coagule l'albumine et agit sur d'autres substances).

Les expériences avec l'onguent mercuriel n'ont pas donné de résultats certains, et bien que l'auteur ait cru apercevoir quelques globules métalliques dans le poumon et dans le foie, il n'a pas tardé à y renoncer. Il en a été de même pour la fleur de soufre, et dès ce moment, il s'en est tenu au charbon. Dans trois expériences, chaque goutte de sang paraissait contenir de une à cinq de ces particules charbonneuses; il en était de même dans le poumon et dans le foie; mais tel était le petit nombre de ces particules, qu'il eût été impossible de les soumettre à une analyse chimique. Dans ces circonstances et pour éviter toute chance d'erreur, il se décida d'une part à aller chercher la présence de ces particules charbonneuses à la fois dans le parenchyme des organes et dans le sang encore contenu dans les vaisseaux. Pour cela, il a soumis à l'insufflation les poumons des animaux traités par le charbon, de manière à pouvoir les couper ensuite par tranches minces, susceptibles d'être examinées au microscope, et il trouva dans les cloisons intervésiculaires, mais surtout dans les cloisons interlobaires, des particules noires, dont l'aspect était identique avec celui des particules charbonneuses, et qui, réunies, ne se laissaient pas attaquer par la potasse caustique; tandis que les animaux qui n'avaient pas été alimentés avec le charbon n'offraient dans le poumon rien de pareil. Ensuite, examinant la circulation du sang dans le mésentère, l'auteur vérifia pour le charbon, mais surtout pour les globules d'amidon, si facile à distinguer avec l'iode, leur présence et leur circulation dans les vaisseaux sanguins. J'ai vu, dit-il, les globules d'amidon se mouvant avec les globules du sang, tantôt couverts par eux, tantôt libres à leur surface. Cependant, parvenu à ce point, et tout en maintenant comme un fait incontestable que les substances solides pénètrent dans la circulation, l'auteur se demande par où se fait cette pénétration, si c'est par les lymphatiques ou par les veines, et il arrive à

conclure que c'est très-probablement par ces dernières qu'elle a lieu, d'autant plus que ces particules se retrouvent principalement dans le poumon, tandis que, si elles étaient absorbées par les veines, elles devraient s'arrêter en grande proportion dans le foie. On voit que la question, bien qu'elle ait été véritablement avancée par le travail de M. Alderts Mensonides, est loin d'être définitivement résolue ; mais pour nous, dès ce moment, il est un fait devenu incontestable, c'est que les substances solides, pourvu qu'elles soient arrivées à un degré de division suffisant, sont susceptibles de pénétrer dans la circulation et de se loger dans l'intérieur des organes, d'où elles s'éliminent à la longue par les progrès de la nutrition. (*De absorptione molecularum solidarum nonnulla*, in-8° ; Trajecti ad Rhenum, 1848.)

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALE.

PATHOLOGIE INTERNE. — 2. *De l'hémorrhagie dans la grande cavité arachnoïdienne* ; par CH. SCHÜTZENBERGER, professeur de clinique interne.

(Gazette médicale de Strasbourg, n° 5, mai 1849.)

Synonymie. La dénomination d'apoplexie n'a plus aujourd'hui de signification scientifique précise. Tantôt, en effet, on attache à ce mot l'idée d'un groupe de symptômes cérébraux particuliers ; tantôt on en restreint l'application à l'hémorrhagie de la pulpe cérébrale ; tantôt on l'étend à toute extravasation de sang dans le parenchyme des organes (apoplexie du poumon, du foie, etc.).

La cessation soudaine et plus ou moins complète du fonctionnement du cerveau, l'abolition subite, par cause interne, et plus ou moins parfaite, de l'intelligence, de la sensibilité et de la contractilité musculaire, tel est le sens dans lequel l'ancienne nosologie symptomatique employait la dénomination d'apoplexie.

Quand le scalpel eut mis à découvert la cause cachée de la perturbation fonctionnelle, le pathologiste s'est trouvé en face de lésions variables, expressions de maladies différentes de siége et différentes de nature.

Tant que le symptomatisme conserva la prééminence comme principe de systématisation, l'apoplexie fut néanmoins conservée comme une individualité nosologique ; seulement on établit des espèces différentes.

D'après la nature de la lésion, on admit des apoplexies san-

guines (par congestion), par hémorrhagie, des apoplexies séreuses, des apoplexies nerveuses ; d'après le siége, des apoplexies cérébrales, cérébelleuses et méningées.

Fidèle à la tradition symptomatique, M. Serres, qui l'un des premiers s'occupa d'une manière spéciale de l'apoplexie méningée, a compris sous cette dénomination toutes les affections aiguës des méninges susceptibles de produire plus ou moins promptement, plus ou moins complétement la cessation de certaines fonctions cérébrales. Selon lui, il existe : 1° des apoplexies méningées, sans épanchement ; 2° des apoplexies méningées avec épanchement de sérosité ; 3° des apoplexies méningées avec épanchement sanguinolent, par rupture ou dilatation anévrysmale des artères, par rupture veineuse.

Sont-ce là de simples variétés d'une seule et même affection ? Évidemment non ; ce sont, au contraire, des maladies différentes qui n'ont de commun qu'une perturbation fonctionnelle analogue. Que le praticien, dans l'impuissance d'établir un diagnostic, se contente de désigner provisoirement des phénomènes qui le frappent par le nom d'affection apoplectique, qu'il y ajoute le mot de méningée, quand il suppose que la cause de la perturbation fonctionnelle est une lésion des méninges, rien de mieux. Mais la science doit procéder autrement. Le progrès des connaissances acquises ne lui permet plus de décrire, comme individualité nosologique concrète, une abstraction symptomatique ; les lésions réelles qui peuvent produire les symptômes apoplectiques ne sont pas des variétés, des *formes* d'une seule et même maladie ; elles représentent le résultat, le caractère anatomique d'affections essentiellement différentes. La méningite est toujours la méningite, qu'elle soit suraiguë, apoplectiforme ou chronique, et l'hémorrhagie est toujours l'hémorrhagie, qu'elle soit abondante ou peu considérable, qu'elle tue rapidement ou lentement. Confondre scientifiqument sous un même nom ce qui est essentiellement différent, c'est engager la pratique dans la routine d'un diagnostic nominal erroné. Toute affection fébrile avec prostration devient dès lors une *fièvre typhoïde ;* toute perturbation fonctionnelle nerveuse chez les femmes une hystérie; toute abolition plus ou moins brusque des fonctions cérébrales une apoplexie. Quand des différences essentielles se révèlent, quand des analogies trompeuses sont dévoilées, la science doit en tenir compte; elle est mise en demeure, sous peine de méconnaître sa mission, de réformer sa systématisation, de réformer, de compléter son langage.

M. Rochoux avait incontestablement raison de vouloir que

l'on ne confondît pas l'hémorrhagie cérébrale avec la congestion, avec le ramollissement, avec l'épanchement séreux dans les cavités cérébrales; il avait raison de vouloir pour l'hémorrhagie du cerveau une place distincte dans le cadre nosologique, une description spéciale ; raison de vouloir séparer ce qui est différent et réunir ce qui est analogue. Cette tendance était conforme au véritable esprit scientifique; c'etait une réforme nécessaire, urgente. inévitable. Mais M. Rochoux a eu tort de détourner le mot d'*apoplexie* de sa signification primitive et de vouloir en restreindre l'application à l'hémorrhagie de la pulpe cérébrale. C'était là une tentative qui ne pouvait aboutir qu'à une confusion nouvelle, et qui, de fait, a aggravé la corruption du langage scientifique, en permettant d'étendre le mot *apoplexie* à toutes les hémorrhagies parenchymateuses.

Aux dénominations anciennes il faut laisser leur signification primitive et traditionnelle ; à des faits nouveaux, à des maladies mieux déterminées il faut donner une dénomination précise et distincte. L'apoplexie doit cesser d'être une individualité nosologique, mais le mot peut être conservé sans inconvénient et même avec avantage, comme expression d'une certaine forme de perturbation fonctionnelle; il peut être conservé au même titre que celui d'état comateux, d'état typhoïde ou de convulsion; il doit désigner un ensemble de symptômes utile à spécifier dans la pratique, et ne plus s'appliquer aux maladies différentes qui peuvent produire ces symptômes. C'est en ce sens que je crois devoir conserver la dénomination d'*apoplexie*. Ce n'est pas pour moi une *maladie*, c'est un *ensemble de symptômes*, une *certaine forme* de perturbation des fonctions cérébrales.

Parmi les affections qui peuvent produire des accidents apoplectiformes, l'hémorrhagie dans la grande cavité arachnoïdienne mérite une description spéciale, une place à part dans le cadre nosologique. Du point de vue du principe de systématisation anatomique, cette place est marquée parmi les affections des méninges, du point de vue nosologique elle doit prendre rang dans la classe des hémorrhagies. Le point de vue symptomatique, qui en fait une variété d'apoplexie, fausse le plus les analogies réellement scientifiques et doit être abandonné par la médecine moderne.

Étiologie. L'hémorrhagie dans la grande cavité de l'arachnoïde est incomparablement moins fréquente que l'hémorrhagie de la pulpe cérébrale. Dans une pratique d'hôpital assez étendu, je n'ai jusqu'à présent recueilli que trois observations de ce genre d'affection, tandis qu'il ne se passe pas une année sans amener

dans notre service plusieurs cas d'hémorrhagie cérébrale. On ne peut cependant pas dire d'une manière absolue que l'hémorrhagie arachnoïdienne soit une affection très-rare. MM. Rilliet et Barthez la signalent comme assez fréquente dans le premier âge de la vie ; tous les accoucheurs l'ont observée chez l'enfant nouveau-né, et Rokitanski dit l'avoir rencontrée souvent chez des vieillards et dans la seconde moitié de l'âge viril. L'hémorrhagie arachnoïdienne paraît même fréquente, quand on compare, sous ce rapport, la grande cavité cérébrale aux autres cavités séreuses.

Une extravasation de sang en substance suppose toujours une rupture des parois vasculaires. Il est essentiel de distinguer la véritable hémorrhagie des exsudations d'un sérum plus ou moins chargé de matière colorante. Il n'y a pas, il ne peut pas se produire d'hémorrhagie proprement dite par simple exhalation, car il est physiquement impossible que le sang avec ses globules intacts passe en substance à travers les pores de vaisseaux intacts. Le sérum peut transsuder, il peut transsuder après s'être chargé de matière colorante dissoute ; mais l'hémorrhagie par exhalation est une de ces croyances scientifiques qui, pour être populaires, n'en sont pas moins inexactes. Ce qui a conduit à cette opinion erronée, c'est d'abord la confusion que nous venons de signaler des exsudations séreuses colorées avec l'extravasation du sang en substance ; c'est ensuite la difficulté, l'impossibilité même de découvrir dans tous les cas la lésion vasculaire. La possibilité de trouver la rupture est subordonnée au calibre du vaisseau lésé. Si la déchirure d'une veine un peu volumineuse ou d'une artère peut être assez facilement mise en évidence, il n'en est plus de même quand il s'agit de vaisseaux plus déliés, et encore moins de vaisseaux capillaires. Je ne comprends donc pas comment on peut invoquer en faveur d'une exhalation impossible les cas d'hémorrhagies dans lesquels l'investigation, même très-attentive, n'a pas pu démontrer *de visu* la déchirure vasculaire. Cet argument, invoqué par des auteurs du *Compendium*, n'a en réalité aucune valeur scientifique, et cela d'autant moins, que les recherches les plus minutieuses que l'on invoque se bornent à l'inspection pure et simple, comme si la déchirure de de capillaires ou de petits vaisseaux s'apercevait à l'œil nu. Pour défendre l'opinion que je combats, on a mis en avant l'analogie. On a dit : « Mais dans la menstruation le sang contient des globules, « et cependant c'est là une simple exhalation. » Le sang menstruel contient des globules intacts, c'est là un fait ; mais ce qui est loin d'en être un, c'est l'intégrité des vaisseaux qui fournis-

sent le sang des règles. Dans la menstruation, les capillaires de la face interne de l'utérus sont congestionnés, leurs parois ramollies. C'est dans ces conditions que se fait l'extravasation sanguine; qui donc oserait soutenir qu'il n'y a pas là de solution de continuité des parois et qu'à la place d'une hémorrhagie par des capillaires rompus il y a des pores qui s'ouvrent pour laisser passer des globules ?

L'extravasation du sang en substance dans la grande cavité arachnoïdienne ne peut être, comme toute autre hémorrhagie, que le résultat d'une rupture vasculaire. Ce fait me semble hors de discussion, et à cet égard je partage entièrement l'opinion de M. Serres. Mais quels sont les vaisseaux qui fournissent le sang et quelle est la cause de leur rupture? Ces questions ne peuvent être résolues que par l'observation.

Il est démontré par des faits incontestables que l'hémorrhagie méningée peut être veineuse et artérielle. M. Serres a été assez heureux pour découvrir la lésion veineuse dans plusieurs cas d'extravasation du sang dans la cavité arachnoïdienne. La cause de ces ruptures reste obscure. Dépend-elle d'une affection antécédente des parois, d'un état variqueux ou d'une plénitude habituelle produite, comme le pense Rokitanski, par l'espèce de vide auquel donne lieu l'atrophie du cerveau chez les vieillards? Je n'oserai pas l'affirmer.

Les causes de la rupture artérielle sont quelquefois plus évidentes. Rien n'est aussi fréquent dans la seconde moitié de l'âge viril et dans la vieillesse que la dégénérescence athéromateuse des artères. L'altération des parois vasculaires occupe souvent des régions étendues de l'arbre artériel, et les artères qui pénètrent dans le crâne sont de celles qui s'affectent de préférence, après le tronc de l'aorte. Aussi rien de plus commun que de trouver les parois des vaisseaux du cercle artériel et des branches qui en émanent couvertes de taches opaques blanchâtres, leurs tuniques épaissies, cassantes, leur calibre rétréci par les taches laiteuses ou les incrustations crayeuses de la membrane interne, tous les caractères enfin d'une dégénérescence analogue à celle qui donne si souvent lieu ailleurs aux anévrysmes et aux ruptures artérielles. Cette lésion s'étend souvent fort loin aux petites ramifications artérielles du cerveau : c'est une des causes les plus fréquentes du trouble de la circulation cérébrale chez les vieillards; elle peut conduire à l'hémorrhagie du cerveau, elle n'est probablement pas étrangère à la production de certains ramollissements de la pulpe, et représente incontestablement une cause prédisposante à la rupture artérielle. De fait, cette rupture

a été constatée à l'artère basilaire, à la communicante de Willis, aux cérébrales, aux filaments artériels qui partent de la carotide interne et des vertébrales. Mais l'on comprend qu'il doit être fort difficile de découvrir le siége de la solution de continuité dans les artères plus déliées et encore plus dans les artérioles ou les vaisseaux capillaires. Quand la rupture siége dans cet ordre de vaisseaux, elle échappe à l'investigation directe, et ce n'est que par exclusion qu'elle peut et doit être admise. Ces faits sont moins rares que ne le pensait M. Serres, qui n'admet guère que la rupture des artères et des veines et dit avoir été assez heureux pour découvrir toujours, par une dissection attentive, le vaisseau dont la déchirure avait occasionné l'hémorrhagie méningée.

Dans les trois cas que j'ai observés, la source de l'hémorrhagie n'a pu être déterminée. *Rokitanski* dit aussi que dans l'hémorrhagie de la grande cavité arachnoidienne il est le plus souvent impossible de découvrir la lésion vasculaire d'où le sang s'est échappé.

Toutes les influences capables d'augmenter la pression du sang contre des parois vasculaires malades ou saines peuvent conduire à la rupture et à l'hémorrhagie. Parmi les causes occasionnelles de ce genre, l'ivresse a été signalée comme produisant fréquemment de l'épanchement sanguin dans les méninges. Un de nos malades a été frappé d'apoplexie après de nombreuses libations et au sortir du cabaret. La terreur de voir son mari atteint d'aliénatian mentale fut invoquée, comme cause occasionnelle, par la femme qui a fait l'objet d'une autre de nos observations. Enfin, dans un troisième cas, les accidents cérébraux se se sont développés sans cause connue. Les artères de ce malade étaient atteintes de dégénérescence athéromateuse.

L'hémorrhagie arachnoïdienne est une cause fréquente de l'apoplexie des nouveau-nés. A cet âge de la vie, ce n'est pas l'altération pathologique des vaisseaux qui prédispose à la lésion, c'est bien plutôt la délicatesse de leur structure physiologique, ce sont surtout les causes incontestables de congestion cérébrale intense qui peuvent agir avant l'acouchement, au point d'amener la rupture vasculaire. Telles sont : la compression du cordon ombilical, la constriction opérée sur le cou de l'enfant par le cordon, le col utérin ou les parties molles, l'accouchement par les pieds qui se prolonge, etc.

Anatomie et physiologie pathologique. — L'hémorrhagie arachnoïdienne, chez l'adulte et les vieillards, entraîne rarement une mort instantanée ; on n'observe donc guère la lésion qu'à une

époque plus ou moins éloignée de l'invasion. Au début, comme cela se voit du reste chez les enfants nouveau-nés, le sang extravasé dans la grande cavité cérébrale se présente sous forme d'une couche liquide ou à demi coagulée, plus ou moins épaisse. *Rokitanski* dit avoir rencontré très-rarement chez l'adulte le sang épanché sous forme de caillots irréguliers et volumineux. Dans la généralité des cas, le sang est étendu en nappe plus ou moins épaisse à la surface de l'hémisphère cérébral, et c'est sous cette forme que s'établit la transformation ultérieure du coagulum. Cette transformation est remarquable et donne un aspect tout particulier aux épanchements sanguins de la grande cavité arachnoïdienne. Voici cet aspect, tel que nous l'avons trouvé dans les autopsies que nous avons faites.

Chez un homme de soixante-neuf ans, mort cinq semaines après l'invasion, la dure-mère ne présente rien d'anormal; seulement sa couleur est plus foncée, et l'on sent à gauche, à travers la membrane intacte, une fluctuation obscure et une mollesse plus grande. En l'incisant avec précaution, on tombe sur une fausse membrane, épaisse d'une ligne et d'une couleur violacée. La surface externe de cette fausse membrane adhère à la face interne de la dure-mère par des filaments vasculaires que le doigt déchire facilement. Arrivée à la surface du cerveau, la membrane de nouvelle formation se replie et se continue sans adhérence intime avec l'arachnoïde cérébrale. En avant et en arrière de l'hémisphère cérébral gauche, la fausse membrane s'amincit et ses deux lames (celle qui tapisse la dure-mère et celle de la surface du cerveau) se confondent en une seule couche de plus en plus mince. Mais dans une étendue considérable, occupant presque toute la partie convexe de l'hémisphère, les deux lames sont écartées l'une de l'autre, de près de $0^{m},03$. Il existe dans la grande cavité cérébrale une véritable *poche* à parois de nouvelle formation, un *kyste* aplati et fermé de toute part. En avant et en arrière, les parois du kyste se touchent et se confondent; dans le reste de l'étendue, elles forment poche par leur cartement.

C'est dans l'écartement des deux lames pseudo-membraneuses, dans la poche formée par elles, que se trouve un liquide sanguinolent, brun-violet, non coagulé, analogue par sa consistance à du sang dépourvu de fibrine. Sa quantité peut être évaluée à près de 100 grammes.

Les parois du kyste sanguin sont lisses à l'extérieur, tomenteuses à l'intérieur; leur structure rappelle celle des lames fibrineuses qui enveloppent quelquefois les coagulum du cœur,

seulement la trame est plus serrée et se déchire moins facilement.

La pie-mère est saine; on parvient facilement à l'insuffler partiellement, elle n'est infiltrée ni par du sang, ni par de la sérosité, et sa transparence n'est pas altérée.

L'hémisphère cérébral sur lequel repose le kyste est comprimé surtout à sa partie antérieure et latérale ; la compression est telle que de convexe sa forme est devenue concave, les circonvolutions sont tassées et aplaties.

A droite existe une seconde lésion analogue, mais beaucoup moins considérable. C'est également une poche formée par deux lames de fausses membranes, réunies en une seule couche à la circonférence, écartées dans l'étendue de la paume de la main; et contenant dans cet écartement, qui n'a que quelques lignes de diamètre, du sang fluide. La surface en contact avec la dure-mère y est adhérente, l'autre repose sur l'arachnoïde cérébrale sans y adhérer, de sorte qu'en détachant la dure mère, on peut renverser avec elle la poche sanguine. Cet aspect pourrait faire croire à un épanchement sanguin entre la dure-mère, et l'arachnoïde pariétale ; un examen plus attentif détruit cette opinion, d'ailleurs peu probable quand on sait que la séreuse pariétale n'est en définitive qu'une couche épithéliale très-mince qui ne saurait former parois à une extravasation sanguine sous-jacente.

J'ai trouvé une lésion tout à fait analogue chez une femme morte de pneumonie, deux années après l'invasion d'une affection apoplectiforme. Savoir : à gauche, en renversant la dure-mère, une plaque noirâtre de la grandeur de la paume de la main, représentant une poche à écartement peu considérable des parois. La face externe de l'une des lames de cette poche adhère intimement à la dure-mère et semble faire corps avec elle; la face externe de l'autre repose seulement sur l'arachnoïde cérébrale. On dirait l'arachnoïde pariétale détachée par un épanchement. Dans ce kyste adhérent à la dure-mère est contenu une petite quantité de sang fluide. A droite, une plaque analogue plus petite offrant le même aspect et la même structure.

L'autopsie d'un homme de soixante-trois ans, traité dans notre service est mort quarante jours après l'invasion d'une affection cérébrale apoplectiforme, a révélé une disposition un peu différente de l'extravasation sanguine. Je transcris, sans changement, la note nécroscopique, telle qu'elle nous a été transmise par M. le docteur Wieger, chef des cliniques, qui a fait cette recherche anatomique avec M. le docteur Ruef.

La dure-mère a son épaisseur et sa couleur normales. Incisée, elle permet d'apercevoir à droite une infiltration séreuse, gélatiniforme de la pie-mère. Le long des vaisseaux on remarque des points blanchâtres fort petits, assez nombreux, placés sous l'arachnoïde.

A gauche la dure-mère recouvre, dans l'étendue d'une main d'homme, une couche épaisse qui y adhère asez fortement par de nombreux filaments d'apparence vasculaire ; la face correspondante de la dure-mère présente également un système vasculaire plus développé qu'à l état normal.

La couche citée se compose : 1° d'une lame épaisse de deux millimètres, coriace, résistante, violacée, présentant des points et des plaques rouges, riches en vaisseaux. Au microscope on y trouve une multitude de capillaires à parois simples ; le stroma est formé d'éléments cellulaires allongés, fort peu distincts, se désagrégeant avec une extrême difficulté ; pas encore de fibres distinctes.

2° D'une couche interne, lamelleuse, molle, couleur chocolat ou brun-marron, composée uniquement de corpuscules foncés, opaques, moléculaires, (pigment hématique), provenant de globules de sang altérés ; on distingue encore quelques globules de sang dont l'hématine s'est ramassée en grains sur le contour.

L'arachnoïde de ce côté est teinte en jaune par imbibition ; elle a du reste le même caractère que celle de l'autre côté ; la pie-mère n'est pas infiltrée et se détache facilement du cerveau qui est sain. On trouve de plus, chez cet homme, le lobe supérieur du poumon droit réduit en un putrilage gangréneux, vert-olive, fétide.

Il résulte de ces observations que l'épanchement sanguin dans la cavité arachnoïdienne s'enkyste dans la plupart des cas par la formation d'une couche pseudo-membraneuse plus ou moins épaisse, qui repose sur l'arachnoïde cérébrale et ne contracte des adhérences intimes qu'avec la dure-mère, dans laquelle enfin se développent de ce côté des vaisseaux capillaires de nouvelle formation. Dans nos deux premières observations, l'enkystement était complet ; dans la seconde, il n'est question que d'une lame de fausse membrane supérieure unie à la dure-mère. Ce doit être là le cas le moins fréquent, car Rokitanski dit avoir toujours rencontré l'enkystement complet de l'épanchement et le décrit d'une manière qui répond parfaitement à notre premier épanchement. Quel est le mode de formation de la lame membraneuse enkystante et quelles sont les transformations ultérieures de ces sortes de lésions ?

On pourrait admettre que le sang, en contact avec la séreuse cérébrale, l'irrite et provoque à sa surface une phlegmasie *secondaire* avec exsudation *consécutive* d'une matière coagulable. Dans cette hypothèse, l'enkystement serait le résultat d'un arachnitis dont le produit se transformerait en fausse membrane autour de l'épanchement sanguin. Au premier abord, cette idée paraît probable, mais en examinant de près la disposition et la structure de ces espèces de poches sanguines, les doutes s'accumulent. Et d'abord, dans notre première observation, l'arachnoïde cérébrale et l'arachnoïde pariétale, en contact avec la poche sanguine, n'offraient aucune trace de phlogose. Il n'existait pas d'injection vasculaire appréciable, absolument rien n'indiquait un travail phlegmasique en voie de formation. Si la membrane enkystante avait été le produit d'une inflammation, comment comprendre l'absence de toute espèce d'adhérence de cette membrane avec l'arachnoïde cérébrale? Quand, dans une phlegmasie séreuse, une fausse membrane se forme dans la pleurite, dans la péricardite, dans la péritonite, elle est intimement unie et fait, pour ainsi dire, corps avec la séreuse elle-même; ici rien de pareil; aucune adhérence n'existait au feuillet viscéral; et à la dure-mère, elles étaient si peu intimes, quoique la fausse membrane fût épaisse et résistante, qu'il était facile de l'isoler sans aucun effort.

Dans notre deuxième et troisième observation, les adhérences à la dure-mère étaient plus intimes, des vaisseaux de nouvelle formation s'étaient développés et constituaient en grande partie le lien d'union; mais cette disposition n'implique pas la nécessité d'une phlegmasie antécédente, dont on ne découvre point de traces précisément dans les cas moins anciens, où cependant elles devraient être plus évidentes. Jamais Rokitanski n'a pu découvrir les caractères d'une phlegmasie séreuse à l'arachnoïde en contact avec les poches sanguines qu'il a examinées. L'adhérence ne se fait qu'avec la dure-mère; elle n'est jamais ce qu'elle devient dans les exsudations inflammatoires; elle est presque nulle au début, et ce n'est que plus tard et par la vascularisation de la paroi de la poche que l'union devient plus marquée à l'aide des vaisseaux qui passent du kyste à la dure-mère.

Si le développement d'une membrane enkystante n'était compréhensible que par une *exsudation consécutive*, il faudrait bien l'admettre par induction, lors même que l'existence de la phlegmasie séreuse ne pourrait pas être démontrée; mais tel n'est pas, à notre avis, le cas. Le sang extravasé est essentiellement constitué de deux parties : les globules et le plasma liquide qui,

avec l'eau et les sels, contient de la fibrine et de l'albumine. Or en quoi donc la partie liquide du sang diffère-t-elle du produit de l'exsudation inflammatoire, et pourquoi ne pourrait-elle pas fournir elle-même, en contact avec le tissu vivant, le blastème d'une membrane de nouvelle formation? Le caagulum du cœur n'est-il pas quelquefois entouré d'une couche fibrineuse, qui se présente comme une membraned'enveloppe d'un sang plus fluide ou de caillots mous? Le sang dans les vaisseaux, les couches fibrineuses dans les anévrysmes, ne présentent-ils pas des transformations fort analogues?

Dans le fait que nous avons rapporté, le kyste sanguin ne contenait que des globules plus ou moins altérés et un liquide non réuni en caillot. Qu'est-ce à dire, sinon que la partie coagulable du sang s'était concentrée à l'extérieur, et formait précisément l'enveloppe pseudo membraneuse? S'il en était autrement, n'est-ce pas un coagulum sanguin qu'on aurait dû trouver, au lieu d'une membrane fibrineuse enveloppante et d'un liquide sanguinolent contenu?

Je ne pense pas, en conséquence, qu'il soit nécessaire d'admettre une arachnitis consécutive pour se rendre compte du développement de ces kystes sanguins, ou de ces couches pseudo-membraneuses plus ou moins épaisses, qui contiennent la partie la plus fluide du sang épanché. Mais je ne veux pas dire non plus qu'une telle phlegmasie soit absolument impossible. Seulement ce cas me paraît fort rare; car si l'arachnitis exsudative était le résultat ordinaire de l'hémorrhagie dans la grande cavité cérébrale, l'exsudation inflammatoire représenterait probablement, quelquefois du moins, autre chose que la membrane d'un kyste : du pus, de la sérosité, par exemple.

Les mouvements particuliers de soulèvement et d'abaissement du cerveau ne sont peut-être pas étrangers à la forme spéciale que prend l'épanchement aracnoïdien et à la manière dont se fait la coagulation de la fibrine.

Quant aux transformations ultérieures des épanchements enkystés, il est infiniment probable que les poches sanguines peuvent exister longtemps sans éprouver de très-notables modifications. Chez l'une de nos malades, l'hémorrhagie datait de deux ans, et du sang fluide, dont l'apparence ne différait que fort peu de celui de cas plus récents, était encore contenu dans la poche. Seulement l'écartement des deux lames du kyste était très-peu considérable. Il est donc probable qu'une partie du fluide contenu aura disparu par résorption. Peut-être cette résorption, dans les cas favorables, est-elle complète, et dès lors

les deux lames de la poche pourraient s'unir. Rokitanski admet, je ne sais si c'est d'après des observations positives, que la lame, en contact avec la dure-mère, peut subir la transformation cartilagineuse on osseuse.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

3. *Mémoire sur le choléra sporadique symptomatique ;* par M. le docteur V. Racle, ancien interne des hôpitaux.

(Revue médico-chirurgicale, avril 1849.)

I. — *Le plus grand nombre des cas de choléra sporadique qui se terminent par la mort s'accompagnent de lésions anatomiques.*

Ce fait, signalé déjà par Bonnet, Bianchi, Fr. Hoffmann, Portal, est chaque jour démontré par l'observation ; et pourtant chaque jour aussi il est mis en doute par des médecins qui ne veulent voir dans le choléra qu'une maladie essentielle. En présence de cette dernière opinion, il ne sera peut-être pas inutile de publier quelques remarques nouvelles propres à confirmer l'exactitude de ma proposition. Les explications dans lesquelles j'entrerai feront comprendre, je l'espère, les motifs de cette dissidence, et mettront d'accord les opinions les plus opposées.

Commençons par l'exposition des faits.

Obs. — La malade qui fait le sujet de cette observation est une femme de 32 ans, blanchisseuse, qui fut placée, le 3 septembre 1845, au n° 9 de la salle Sainte-Monique, à l'Hôtel-Dieu. La faiblesse primitive de sa constitution a encore été augmentée depuis plusieurs années par les privations et la misère.

Au mois d'avril de cette année, elle a fait un séjour assez prolongé pour y être traitée d'un rétrécissement de l'anus, suite de l'opération d'une fistule. Depuis cette époque, elle n'a jamais cessé d'être souffrante, et elle a toujours éprouvé des accidents du côté du tube digestif.

Le 26 septembre, elle fut exposée pendant une partie de la journée à un froid très-violent dans un bateau de blanchissage. Dans la soirée, elle est prise d'un frisson intense, bientôt suivi de chaleur et de sueur. Ces premiers accidents sont suivis dans la nuit d'une vive oppression, de douleur dans le côté gauche du thorax ; et, au milieu des efforts d'une toux pénible, la malade crache quelques filets de sang.

Le 27. Les symptômes thoraciques se calment dans la matinée. Ils sont remplacés par de l'anorexie, des nausées. La malade est forcée de se coucher. A dix heures du soir, elle se réveille en sursaut et est prise de vomissements très-abondants et de déjec-

tions alvines involontaires considérables, comme si, disait-ele, elle avait été empoisonnée. Ces accidents se reproduisent dix fois dans le courant de la nuit, et ne laissent à la malade un peu de repos que le matin.

Le 28. Ce jour et la nuit suivante, les accidents reparaissent avec plus d'intensité, et s'accompagnent alors de hoquets et de crampes dans les jambes. Ce dernier phénomène, qui avait déjà paru la nuit précédente, s'accompagne de douleur, puis d'un profond engourdissement des parties qui en sont le siége.

Aucun secours ne fut porté à la malade, qui demeura seule chez elle jusqu'au 3 octobre en proie aux mêmes accidents, auxquels s'étaient ajoutés la suppression de l'urine, un refroidissement extraordinaire de tout le corps, et des sueurs abondantes et visqueuses. Elle fut alors transportée à l'Hôtel-Dieu.

Le 4 octobre. On la trouve dans l'état suivant : Intelligence conservée ; mais la malade a de la peine à répondre à cause de son extrême faiblesse et d'une aphonie presque complète. Physionomie immobile, mais exprimant une profonde souffrance Orbites profondément excavés ; yeux cernés de bleu, brillants, non injectés ; lèvres amincies et violacées ; face couverte d'une sueur froide et visqueuse. L'haleine, la langue et les membres donnent la sensation d'un froid très-intense. Les extrémités sont cyanosées. Le pouls, insensible à l'artère radiale et à l'humérale du côté droit, est perceptible, quoique très-faiblement à gauche; il bat de 110 à 116 fois par minute. Les bruits du cœur sont vifs, mais faibles. Narines sèches et pulvérulentes. Bouche froide, médiocrement humide. Les papilles de la langue sont hérissées, blanchâtres.

Depuis le matin, trois vomissements d'un liquide porracé, abondant, et en même temps trois évacuations alvines d'un liquide bilieux assez clair. L'abdomen est légèrement météorisé et très-douloureux à l'épigastre et au niveau du cœcum. Dans la nuit, la malade a pu uriner. — *Tilleul, oranger ; eau de Seltz ; opium*, 0,10 *en deux pilules ; frictions sèches sur tout le corps ; sinapismes aux membres à plusieurs reprises ; réchauffer la malade.*

Dans le milieu de la journée, la malade se sent mieux et commence à se réchauffer. Le soir, réaction modérée. Il n'y a eu que trois évacuations dans la journée.

Le 5. L'amélioration continue. Cependant, il y a encore eu trois évacuations alvines involontaires et un vomissement. Même traitement. Le soir, retour des accidents cholériques avec toute leur intensité. Ces phénomènes se calment encore une fois pendant la nuit, pour reparaître très-intenses le 6 au matin.

Le 6. On observe alors le retour du refroidissement général, la cyanose de la face et des extrémités. La peau encore un peu rétractile est couverte d'une sueur visqueuse. Les bras, les jambes et l'épigastre sont le siége de crampes prolongées et douloureuses. Deux vomissements et trois selles involontaires. Dans la nuit, la malade est prise de délire et sa respiration s'embarrasse.

Le 7, on la trouve dans une somnolence profonde. Les deux yeux présentent une ecchymose à leur partie interne. Malgré la position horizontale de la malade, il s'opère quelques vomissements involontaires. La malade succombe dans la matinée ; la durée de sa maladie ayant été de onze jours.

Autopsie 22 heures après la mort. — Le péritoine ne présente aucune lésion. L'estomac contient un demi-litre d'un liquide jaunâtre, opaque, d'une odeur acide. La muqueuse de la moitié gauche de l'organe est ramollie sans traces d'inflammation ; celle de la moitié droite est saine. Près du pylore se trouve une plaque noire produite par un pointillé très-fin et un lacis de vaisseaux. Le duodénum présente la même teinte dans toute son étendue. Le jéjunum est sain ; c'est seulement dans l'iléon que se trouvent les principales lésions. Les plus élevées consistent en des plaques noires formées par un épaississement de la muqueuse et pénétrées de sang ; ces plaques, arrondies, discoïdes, larges et épaisses comme des lentilles, sont d'abord isolées ; plus bas, elles se rapprochent ; plus bas encore, elles se réunissent en plaques beaucoup plus larges. Entre ces dernières, la muqueuse semble avoir subi un léger grattage, et un peu plus bas, elle présente de véritables ulcérations. Celles-ci, petites et arrondies d'abord, dégénèrent bientôt en fissures, qui s'allongent de plus en plus et s'insinuent entre les plaques noires déjà indiquées. Plus bas, enfin, la destruction de la muqueuse est générale, et il n'en reste plus de vestiges que sur les plaques colorées. Celles-ci paraissent alors très-élevées et isolées comme des îlots sur une surface entièrement ulcérée et de couleur rose. Cet état se continue dans une longueur de près de 30 centimètres jusqu'à la valvule iléo-cœcale qui est restée intacte. Entre les diverses plaques que je viens de décrire se trouvent, de distance en distance, de riches arborisations vasculaires. Enfin la partie inférieure de l'iléon a une épaisseur double de celle qui lui est habituelle.

Dans le gros intestin, on ne trouve que des rougeurs arborisées assez générales, et quelques follicules ulcérés au sommet. A la partie moyenne de l'arc du colon, on trouve le noyau d'un

fruit reposant sur une large ulcération à bord et à fond grisâtres. Cette ulcération est entourée d'une rougeur vive et d'un épaississement notable des tuniques intestinales ; ses dimensions sont de 4 centimètres dans un sens et de 2 dans l'autre. Plus bas, existent encore deux ulcérations semblables à la précédente, mais plus petites et moins profondes.

Cette observation est en quelque sorte le type d'une série d'autres observations dans lesquelles j'ai également constaté, à la suite des phénomènes du choléra, des lésions intestinales plus ou moins profondes.

Dans l'un de ces cas, le choléra eut une durée de 63 heures seulement, et l'on trouva une hémorragie interstitielle de l'intestin grêle, avec aspect chagriné de la muqueuse et un pointillé pseudo-membraneux très-étendu.

Dans une autre circonstance, le choléra eut une marche en quelque sorte intermittente ; il dura une première fois 15 jours, puis après une convalescence assez longue, il reparut de nouveau pour se terminer par la mort. L'estomac était le siége de l'état mamelonné ; l'intestin grêle était œdémateux , rouge et fortement ramolli dans toute sa longueur.

A côté de ces choléras développés, si je puis ainsi dire , sur des lésions intestinales, on en voit d'autres qui naissent à l'occasion de pneumonies.

En 1845, un convalescent de fièvre typhoïde mourut, dans le service de mon frère, après 36 heures d'accidents cholériques. On trouva une double pneumonie suppurée , dont l'existence n'avait été révélée par aucun des symptômes habituels.

Je pourrais joindre à ce fait trois autres cas semblables, dans lesquels la durée du choléra n'a jamais dépassé 5 jours.

D'autres fois, c'est à l'occasion d'une hémorragie interne que les accidents cholériques prennent naissance.

Chez un malade qui, pendant 2 jours, offrit à mon frère les symptômes les plus tranchés du choléra, il survint une adynamie profonde, terminée par la mort au bout de 48 heures. La durée de la maladie fut en tout de 4 jours. A l'autopsie, on trouva l'intestin grêle rempli de sang en caillots dans son tiers inférieur, au point d'en être distendu (il n'y avait pas eu, pendant la vie, de garde-robes sanglantes). L'intestin grêle et le gros intestin présentaient, à leur surface interne, de petites ulcérations arrondies, isolées, peu profondes.

Enfin, j'ai eu l'occasion de voir se reproduire toute la série des accidents du choléra chez une femme atteinte de cancer ulcéré de l'estomac ; ces accidents survinrent à l'époque où une

perforation commençante faisait naître une péritonite circonscrite. La durée du choléra ne fut que de 24 heures.

Parmi ces faits que j'ai observés et recueillis moi-même, il en est qui sont entièrement nouveaux : ce sont ceux qui offrent la coïncidence du choléra avec la pneumonie, les hémorrhagies intestinales, la perforation de l'estomac et la péritonite commençante; ils méritent de fixer toute l'attention des médecins. Pour ceux qui sont relatifs à l'union du choléra et des affections intestinales, ils sont déjà connus ; ce sont des faits de ce genre qui ont été recueillis par Bonnet, Bianchi, Fr. Hoffmann, Portal, d'une part, et par Miller, James Manu, M. Bourgeois, de l'autre ; par les premiers chez des adultes, par les seconds chez l'enfant.

Tous ces faits offrent trois points à considérer ; la nature des symptômes, qui étaient bien ceux du choléra ; les lésions, qui étaient profondes, d'une date déjà assez ancienne, et variées dans leur nature et dans leur siége ; enfin, la durée des accidents cholériques qui n'a jamais été longue : en sorte qu'il faut admettre que les lésions préexistaient aux symptômes. La lecture détaillée de ces observations ne laisserait aucun doute à cet égard ; mais des considérations particulières ne me permettant pas de les publier, en entier, je suppléerai à cette lacune par les considérations qui vont suivre.

II. — Ces diverses observations démontrent la proposition par laquelle j'ai commencé ce Mémoire, savoir, qu'un grand nombre de cas de choléra s'accompagnent de lésions anatomiques. Toutefois, on a contesté l'axactitude de cette proposition, parce qu'elle donne à penser que l'existence du choléra est invariablement liée à celle d'une lésion organique ; d'où il suivrait que le choléra ne serait qu'un phénomène secondaire dans les maladies, et jamais une maladie essentielle, primitive. On verra plus loin que je ne tire pas de mes observations des conséquences uussi exclusives, et que je n'attaque en aucune façon l'essentialité de certains choléras.

Les motifs sur lesquels on s'appuie pour combattre ma proposition se réduisent à la double objection que voici : Les choléras accompagnés de lésions ne sont pas, dit-on, sous le rapport symptomatique, des choléras véritables ; dans les vrais choléras, les lésions sont des accidents sécondaires. Je diviserai cette objection pour la réfuter.

1° Je conviens que les auteurs de beaucoup d'observations de choléra en ont indiqué les symptômes assez vaguement pour qu'il puisse rester quelques doutes sur leur nature cholérique ; l'attention presque exclusive que l'on a, dans ces cas, accordée

aux lésions anatomiques en est la cause. Mais toutes les observations ne sont pas aussi incomplètes; celles de Bonnet, Bianchi, Fr. Hoffmann et Portal, montrent les symptômes du choléra dans toute leur intensité et dans toute leur pureté, si je puis ainsi dire. Et mes propres observations m'ont aussi présenté tout *l'ensemble* des symptômes caractéristiques de cette affection, Il me suffira de rappeler que dans tous les cas on a constaté : les vomissements subits abondants, répétés de matières bilieuses; les évacuations alvines d'un liquide séreux, tenant en suspension des grumeaux blanchâtres; le refroidissement général du corps, celui de la langue, de l'haleine ; la cyanose des extrémités, l'absence du pouls, les crampes, et enfin, la suppression d'urine. Et j'ajouterai aussi que ces symptômes ont eu l'instantanéité, la violence, la marche de ceux du choléra légitime. Dans un cas, ils ont eu une durée inaccoutumée, puisqu'ils ont persisté pendant 15 jours ; mais cette circonstance ne leur enlève pas les caractères du choléra. On sait, d'ailleurs, que Bianchi accorde à cette maladie jusqu'à 7 jours de durée ; et que Trailles, de Breslau, qui s'est fait l'historien de sa propre maladie, a souffert pendant 15 jours les accidents d'un choléra légitime. On sait, enfin, que l'épidémie de 1832 a offert quelques cas dont la marche a été assez lente, pour que l'on en ait fait les types d'une forme *chronique* de la maladie. Ainsi, la durée prolongée des accidents cholériques n'est pas un fait exceptionnel. Ces détails ne laissent donc aucun doute sur la certitude du diagnostic.

2° La seconde objection à laquelle je dois répondre est beaucoup moins sérieuse que la première. On a assuré que dans tous les cas de choléra, accompagnés de lésions anatomiques, ces lésions étaient secondaires, c'est-à-dire qu'elles s'étaient développées consécutivement aux symptômes. C'est une erreur facile à réfuter par les faits. Dans un cas où les accidents du choléra n'ont duré que 63 heures, on a trouvé l'intestin fortement ecchymosé dans une grande partie de son étendue et offrant de distance en distance un pointillé pseudo-membraneux. Une malade, morte au 11e jour d'un choléra, présentait une entérite intense, avec destruction complète de la muqueuse d'une grande partie de l'intestin grêle, et une ulcération profonde à fond grisâtre dans le gros intestin. Un convalescent de fièvre typhoïde, mort après 36 heures d'accidents cholériques, était affecté d'une suppuration de la base des deux poumons. Dans trois autres cas, nous avons constaté le même fait, après une durée également très-courte des accidents cholériques. Enfin, chez une

femme affectée de cancer de l'estomac, des accidents cholériques, qui n'ont duré que 24 heures, ont pris naissance sous l'influence d'un travail d'ulcération qui n'aurait pas tardé à mettre en communication la cavité de l'estomac et le péritoine, et qui s'accompagnait déjà d'une péritonite circonscrite. La nature et la gravité de ces lésions montrent qu'elles avaient dû, dans tout les cas, précéder les accidents du choléra ; conclusion qui renverse entièrement la seconde objection qu'on nous adresse.

III. — Les explications qui précèdent nous montrent donc le choléra comme une affection qui peut se developper quelquefois à la suite de lésions anatomiques diverses. Je crois pouvoir aller au delà de cette remarque et constater. dans ces cas, entre les lésions et les symptômes autre chose qu'une coïncidence. Je crois que le choléra est alors occasionné par les lésions, et qu'il en dépend comme un effet dépend de sa cause.

Dans mes observations, s'il n'y avait eu que de simples coïncidences entre ces lésions et le choléra, elles ne se seraient offertes à l'observation qu'à l'époque de l'année où le choléra sporadique est fréquent, c'est-à-dire au mois de juillet, et principalement au mois d'août ; c'est ce qui n'a pas eu lieu, car nos malades ont été observés dans tous les mois de l'année indistinctement. D'un autre côté, les symptômes cholériques ont eu une marche irrégulière, qui n'était que la traduction extérieure des lésions anatomiques inférieures. Enfin, l'impuissance absolue du traitement opposé aux symptômes cholériques montre bien que ceux-ci étaient produits et dominés par un état plus puissant qu'eux-mêmes, par une lésion anatomique.

IV. — Si ces remarques sont justes, on peut considérer les diverses lésions anatomiques dont je viens de parler, comme l'origine, la cause occasionnelle des symptômes de choléra, et le choléra lui-même comme le symptôme de ces lésions ; en sorte que, en dehors du choléra essentiel dont je ne nie pas l'existence, il y aurait aussi un choléra symptomatique.

Ce choléra symptomatique se développe à l'occasion d'une foule de lésions anatomiques, différentes non-seulement de siége, mais encore de nature, comme on a pu le voir dans mes observations, et comme on pourra le constater aussi dans celles des auteurs que j'ai déjà cités. Cela n'a rien d'étonnant, puisque l'on trouve dans des états analogues la même aptitude à se joindre à des affections diverses : l'état adynamique ou typhoïde ne se joint-il pas fréquemment à la fièvre typhoïde, aux fièvres éruptives, aux pneumonies, aux infections purulentes, etc.? l'état ataxique ne se joint-il pas aussi, à titre de symptôme, aux fiè-

vres, à l'érysipèle, aux inflammations les mieux localisées ? On peut donc considérer l'ensemble des symptômes cholériques, aptes à s'unir tantôt à une maladie et tantôt à une autre, comme un état morbide particulier, analogue à l'état typhoïde, à l'état ataxique, et auquel on réserverait le nom d'état cholérique ou cholériforme. Seulement il est essentiel de faire remarquer que cet état diffère en un point de ceux avec lesquels je le compare, c'est qu'il peut avoir une existence indépendante et se manifester sous la forme de choléra idiopathique. A part cette différence, on peut, en tout point, le comparer aux divers états déjà indiqués, et se faire dès lors une idée nette de sa présence dans les maladies, du rôle qu'il y joue, de la manière dont il s'y rattache, et des conditions nécessaires pour le combattre.

V. — Sans chercher à étendre ces considérations, je ferai quelques applications de ce qui précède au diagnostic, au pronostic et au traitement.

Lorsqu'une maladie vient à provoquer le développement d'un état cholérique, ses symptômes disparaissent pour ainsi dire derrière ceux du choléra, et c'est cette dernière maladie qui seule semble exister. L'absence de symptômes de la maladie principale peut donc faire prendre un choléra symptomatique pour un choléra idiopathique, et faire accorder ainsi une attention exclusive à ce qui, en réalité, n'est que la partie la moins importante, la partie accessoire de la maladie. C'est là une sérieuse difficulté de diagnostic ; mais elle n'est pas insurmontable. On peut reconnaître qu'un choléra est symptomatique, lorsqu'il est précédé de symptômes morbides plus ou moins marqués, de phénomènes d'inflammation de l'intestin, par exemple ; lorsque sa durée est longue ; que sa marche, au lieu d'être régulière, est composée d'une série d'exacerbations et de rémissions ; enfin, lorqu'à sa suite, ou même dans l'intervalle de deux paroxysmes, il se manifeste quelques symptômes différents de ceux du choléra. Quelquefois aussi un seul phénomène étranger à cette affection, et accompagnant ses symptômes habituels, est un précieux renseignement : une douleur abdominale un peu vive peut devenir un indice d'une lésion du tube digestif. On peut en dire autant des causes dans lesquelles on trouve des indications utiles, lorsqu'elles diffèrent de celles qui sont propres au choléra idiopathique. J'en rapporterai un exemple tout à l'heure.

Le pronostic de la forme symptomatique du choléra est différent de celui de la forme idiopathique. Dans le premier cas, en effet, la lésion organique étant le seul fait important, tandis que le choléra n'est que le phénomène secondaire, le pronostic

doit, on le comprend, être surtout celui de la maladie, et non celui du symptôme. Cela ne veut pas dire pourtant que l'état cholérique lui-même n'augmente pas la gravité de la maladie qu'il accompagne.

La distinction des deux formes de choléra, que je viens d'établir, porte avec soi une indication assez nette des conséquences thérapeutiques. On comprend que c'est au fond de la maladie plutôt qu'à sa forme, à la lésion anatomique plutôt qu'au choléra que le médecin devra s'attaquer. En un mot, le traitement ne sera utile pour combattre le choléra qu'en détruisant la maladie qui en est la cause occasionnelle. Le raisonnement et l'expérience démontrent que les moyens thérapeutiques dirigés contre le symptôme choléra, si je puis ainsi dire, restent souvent inefficaces. Et d'ailleurs, s'ils viennent à amender, à faire disparaître même ses symptôme, ils n'ont, en définitive, que bien peu changé la position du malade qui reste toujours sous l'empire de l'affection primitive. Il y a plus, c'est que le traitement propre à combattre le choléra est quelquefois nuisible à la maladie qui se cache sous son masque ; ainsi, par exemple, les agents excitants comme le vin, les alcooliques, le punch ; les toniques comme le quinquina, agents dont l'action est de nature à développer une réaction fébrile intense ; tous ces moyens, dis-je, ne peuvent qu'aggraver soit une pneumonie, soit une entérite, causes fréquentes du choléra symptomatique. En définitive, il ne faut s'attacher que d'une manière très-secondaire au traitement du choléra, tandis qu'il faut diriger contre l'affection qui en est l'origine toute la puissance des moyens thérapeutiques. Je ne puis, on le comprend, indiquer ces derniers d'une manière générale, puisqu'ils doivent varier avec la nature de l'affection qu'ils sont appelés à combattre. Pour les moyens plus particulièrement utiles aux phénomènes cholériques, la prudence conseille d'éviter les excitants et les toniques, et de s'en tenir aux suivants : réchauffer le malade, lui administrer des agents antiémétiques, de la glace et et une faible quantité d'opium.

On trouvera dans l'observation suivante une confirmation des remarques précédentes, et peut-être un exemple à imiter. L'impuissance manifeste des agents excitants et de l'opium et les succès incontestables des agents antiphlogistiques, me dispenseront de toute reflexion.

Obs. — Une femme de 32 ans, journalière, fut placée dans la salle Sainte-Martine, à l'Hôtel-Dieu, le 31 août 1845. Le soir, elle présentait tous les symptômes du choléra le plus intense. Je lui fis administrer 10 centigrammes d'opium, un lavement

avec 20 gouttes de laudanum de Sydenham, et je la fis réchauffer. Les accidents continuèrent pendant la nuit. La malade eut plusieurs vomissements et plusieurs selles caractéristiques; elle souffrait de crampes violentes et avait de la suppression d'urine.

1er *septembre.* — Mêmes accidents; les plus marqués sont la cyanose, le refroidissement général et l'absence du pouls. On continua l'usage de l'opium en y ajoutant de la glace et de l'eau de Seltz.

Le 2. Aucune amélioration. Voïci les renseignements que l'on eut alors sur les causes de la maladie. Le 14 août, cette femme aida son mari à monter du bois à un cinquième étage; elle se fatigua, sua abondamment, ne changea pas de linge et se refroidit. Le lendemain, elle se livra au même travail et, après avoir eu extrêmement chaud, elle se refroidit encore plus fortement que la veille; elle but alors environ un quart de litre de vin pur. Dans la journée, elle est prise d'une fièvre intense qui continue le lendemain. Le 17, elle boit une grande quantité de vin chaud et sucré. Dès ce moment, il se déclare des vomissements et de la diarrhée, et la fièvre persiste. Le 24, après avoir pris un potage au riz, elle est brusquement saisie de tous les accidents du choléra : diarrhée, vomissements abondants et involontaires, crampes douloureuses et revenant à chaque instant; refroidissement, suppression d'urine. C'est à cause de ces accidents que la malade se fit transporter à l'hôpital.

L'insuccès des premiers moyens de traitement et la connaissance de ces antécédents engagea M. Baron fils, alors médecin du service, à mettre en usage le traitement antiphlogistique. Ce même jour, 3 septembre, on fit une application de 10 sangsues à l'anus. Le lendemain, la malade, tout en conservant les symptômes les plus graves du choléra, était cependant un peu échauffée. On prescrivit alors une nouvelle application de 18 sangsues, et au bout de 24 heures, les vomissements, la diarrhée avaient disparu. Les autres symptômes cédèrent rapidement. Le 8 septembre, la malade était convalescente, et, le 13, elle sortait complétement guérie.

Conclusions. — 1° Des lésions anatomiques bien déterminées et très-variables font naître subitement des choléras parfaitement caractérisés, et tout à fait semblables, sous le rapport de leurs symptômes, au choléra essentiel.

2° Ce choléra doit être considéré comme le symptôme des lésions qui l'ont produit, et nommé *choléra symptomatique.*

3° L'existence incontestable du choléra symptomatique ne

met pas cependant en doute celle du choléra essentiel, c'est-à-dire sans lésions.

4° L'union du choléra avec diverses affections explique pourquoi, après la mort de quelques cholériques, on trouve si souvent des lésions variables d'un cas à un autre.

5° Le choléra symptomatique masque les symptômes de l'affection qu'il accompagne, de manière à en rendre souvent le diagnostic difficile. Cependant on peut soupçonner que le choléra est symptomatique dans les circonstances suivantes : lorsqu'il a été précédé de symptômes différents des siens, lorsque sa marche est irrégulière et composée d'une série d'exacerbations et de remissions, lorsque sa durée est longue, lorsqu'il se manifeste dans son cours quelques symptômes étrangers, lorsqu'il est suivi des accidents appartenant à une maladie différente, et, enfin, lorsque le traitement généralement utile dans le choléra sporadique reste inefficace.

6° Le pronostic doit être celui de la maladie ou de la lésion organique, et non celui du choléra. L'issue du choléra idiopathique non épidémique n'est presque jamais dangereuse; celle du choléra symptomatique est presque toujours funeste.

7° On doit négliger en partie le traitement des accidents cholériques, parce que la guérison des accidents n'est nullement utile à la maladie qui se cache sous l'apparence du choléra ; et que souvent les moyens excitants, employés par le choléra, redoublent la gravité des lésions de l'autre affection. En conséquence, c'est vers le traitement de cette dernière que doivent se diriger tous les efforts ; et comme elle est plus ordinairement de nature inflammatoire, le traitement antiphlogistique est celui qui, même en l'absence d'un diagnostic bien établi, a le plus de chances de succès. Il faut d'autant moins craindre l'emploi des moyens de ce genre, qu'ils sont loin d'augmenter la gravité des phénomènes cholériques.

L'analogie ne permet-elle pas d'appliquer les conclusions précédentes au choléra épidémique? Il est certain du moins que, dans les cas d'épidémie de choléra, les personnes déjà malades et affectées de lésions organiques diverses sont atteintes de préférence aux personnes bien portantes ; c'est un fait que l'étude attentive du développement de l'épidémie actuelle a mis hors de toute contestation.

---

4. *Revue clinique du choléra.*

(Suite : *voir* t. III, mars, 1849, p. 20 ; t. IV, avril, p. 3 ; t. V, mai, p. 25.)

(Gazette médicale de Paris, N° 14, 1849.)

Accouchement naturel ; allaitement ; scarlatine le deuxième jour ; choléra le dix-neuvième jour ; convalescence. (Hôpital des Cliniques. — Service de M. P. Dubois.

Obs. III. — Journaux, âgée de 22 ans, lingère (salle d'accouchements, n° 19). Forte constitution. Accouchée le 4 mars à sept heures du matin. Accouchement prompt et naturel. Elle allaite son enfant.

Dans la nuit du 5 au 6 mars, légers frissons ayant duré une heure environ.

Le 6 au matin. La face est colorée sans exprimer la souffrance, la peau est chaude ; pouls fréquent, large, plein ; soif vive ; langue humide, blanche à sa surface. Douleurs limitées sur les parties latérales de l'utérus, augmentant par la pression, la toux, les mouvements. Le ventre est souple, non développé. Pas de garde-robes depuis l'accouchement. Excrétion des urines facile ; lochies naturelles ; seins peu développés ; céphalalgie frontale ; agitation pendant la nuit. (24 sangsues sur le ventre, cataplasme, bain pour le soir, diète.)

Le 7. La figure est colorée et n'offre pas d'altération remarquable. Bourdonnements d'oreille ; pas de céphalalgie ; langue blanche, un peu humide, mais un peu visqueuse ; soif vive, bouche mauvaise. Une selle liquide et un vomissement bilieux ce matin. Le ventre n'est plus douloureux, souple ; pouls large, plein, dur, rénitent, 124 pulsations. Le devant de la poitrine et les parois abdominales sont recouverts d'un pointillé rouge, serré. Les extrémités inférieures sont assez fortement colorées. Le bord libre du voile du palais est un peu rouge. Pas de gonflement des amygdales ; pas de douleur dans la déglutition ; quelques accès de toux un peu muqueuse. (20 gram. d'huile de ricin, 16 sangsues aux apophyses mastoïdes ; sirop de groseilles ; diète.)

Le 8. Agitation dans la journée d'hier et dans la nuit. Aujourd'hui peau sèche, brûlante ; pouls large, plein, très-fréquent. L'éruption qui siége sur les cuisses et le devant de la poitrine a pâli d'une manière très-notable. La peau conserve une très-grande sécheresse. Pas de vomissements ; pas de céphalalgie. (Sirop de groseilles, diète.)

Le 9. La rougeur reparaît.

Le 10. Tous les soirs, accélération notable du pouls, sécheresse de la peau, chaleur extrêmement incommode.

Aujourd'hui la rougeur de la peau commence à pâlir. Eruption miliaire ; douleurs articulaires des poignets, des coudes, des épaules, sans gonflement (douleurs rhumatismales). Sorte d'éréthisme de la sensibilité cutanée ; deux évacuations liquides ; peau chaude ; pouls à 108. (Sirop de groseilles, bouillon de poulet, lavement.)

Le 11. La rougeur de la peau est presque éteinte ; la peau est moite et humide. Le pouls est calme, les douleurs rhumatismales persistent. Crampes aux talons et aux mollets.

Du 13 au 23, la desquamation s'opère ; plus de fièvre.

Le 23, on apprend que la malade a depuis plusieurs jours des selles diarrhéiques ; quatre à six évacuations liquides dans les vingt-quatre heures. Dans la nuit dernière, la malade a été prise de vomissements après une ingestion de boissons ; en même temps il est survenu des selles extrêmement fréquentes.

Ce matin, le facies n'est pas encore altéré comme celui des cholériques confirmés ; yeux excavés et entourés d'un cercle livide ; la température des extrémités est notablement abaissée ; la peau est rugueuse et couverte de squammes épidermiques ; le pouls radial est insensible ; soif inextinguible, la langue est dépouillée ; dégoût de toute espèce d'aliments ; sensation de brûlure, de tiraillement à l'épigastre ; douleur à la pression dans cette même partie ; ventre non développé, non douloureux ; borborygmes. La malade évacue continuellement sous elle. Les évacuations se font sans aucune sensation de douleur, sans ténesme ; elles sont seulement précédées de quelques borborygmes. Les matières extrêmement ténues présentent une couleur blanchâtre. Le liquide tient en suspension des flocons d'un blanc-jaunâtre ; elles sont complétement inodores. La sécrétion urinaire continue ; abattement, lassitude générale, pas de crampes dans les jambes. (Extrait gommeux opiacé, 0,05 pour une pilule, demi-lavement avec 10 gouttes de laudanum, frictions sur les membres avec de l'alcool camphré, bain de vapeurs, bouillon froid, glace.)

Six heures du soir. Réaction assez marquée à la suite des fumigations de vapeurs. Ce soir, la figure est un peu altérée ; prostration des forces ; teinte cyanique des ongles ; soif ardente ; le bouillon a pu être supporté. Dans la journée, il y a eu trois vomissements aqueux à la suite d'une ingestion de bouillon ; évacuations continuelles ; borborygmes. Au moyen de la sonde on a retiré un demi-litre d'urine environ. Refroidissement sensible

aux extrémités ; pouls radial et à peine perceptible ; somnolence légère. (On fait de nouvelles frictions sur les membres ; glace.)

Le 24 au matin. Amaigrissement considérable de la face ; les traits sont tirés en haut, les yeux profondément excavés ; découragement, faiblesse extrême, soif très-vive. Dans la nuit, il y a eu plusieurs vomissements aqueux après l'ingestion de boissons ; crampes, tiraillements d'estomac. A l'épigastre, douleurs extrêmement vives à la moindre pression. Les évacuations sont les mêmes ; borborygmes ; pas de refroidissement sensible ; pouls petit, misérable ; les conjonctives sont rouges, injectées ; intelligence nette ; pas de céphalalgie. La malade a uriné dans la nuit. (Bain de vapeurs d'eau, frictions avec de l'eau-de-vie camphrée chaude sur tout le corps, envelopper la malade dans la laine, frictions à l'épigastre avec

Laudanum de Sydenham. . .	de chaque 60 grammes.
Baume tranquille.	

Le 25. Les vomissements continuent ; les évacuations alvines sont moins fréquentes, mais elles conservent le même caractère. Les crampes d'estomac et les douleurs épigastriques persistent. Soif très-vive, facies moins altéré ; les extrémités et la figure conservent leur chaleur normale ; le pouls reste toujours très-petit et très-faible ; pas de sommeil. Même prescription qu'hier, moins le bain de vapeurs ; eau rougie, quelques cuillerées de bouillon, trois lavements laudanisés, 12 gouttes laudanum dans chacun.)

Le 26 au matin. Le facies est meilleur, la peau a repris sa coloration normale, les lèvres ont repris leur couleur rouge vermeille. Chaleur normale, pouls calme et souple, moins de soif. Les boissons ont été rejetées ; la douleur épigastrique persiste. Une seule évacuation très-peu abondante. (Vésicatoire d'un décimètre de diamètre à l'épigastre, eau rougie avec du vin, glace. D. riz, sirop de coings.)

Cinq heures du soir. Quelques hoquets après l'ingestion des boissons ; sentiment de plénitude à l'épigastre ; pas d'évacuation. La malade a uriné.

Le 27. Plus de vomissements ni d'évacuations depuis hier. Le cours des urines est rétabli. (Eau vineuse coupée avec de l'eau de Seltz, bouillon.)

Le 28. Amélioration croissante. La voix a repris son timbre naturel. (Eau rougie coupée avec eau de Seltz, bouillon.)

Le 29. Quelques crampes d'estomac. (Même boisson ; lait avec un peu de pain.)

Le 30. Convalescence.

Dans ce fait, il y a d'abord à noter la préexistence de la scarlatine au choléra, cette scarlatine succédant elle-même à l'état puerpéral. Quelle peut avoir été la cause qui a interverti le cours de la maladie exanthématique pour donner naissance au choléra ? Dans les cas de cette sorte, une maladie préexistante semblerait avoir donné une impulsion à toute l'économie dans une direction différente, et il faudrait l'intervention d'une influence bien déterminée pour changer ainsi son cours. C'est le cas de se demander si le voisinage de malades atteints du choléra n'a pas pu exercer cette influence. On remarquera, en effet, que la scarlatine a existé pendant dix jours avant le choléra constaté dans l'observation précédente, et que son développement est postérieur de plusieurs jours à la présence de l'affection épidémique chez la seconde malade. On comprend que nous ne voulions faire encore ici qu'un rapprochement sous forme d'interrogation.

Constatons pour la troisième fois la guérison de la maladie, et cette fois sous l'influence de la médication narcotique associée à la méthode symptomatique (réchauffants) ; notons, pour l'appréciation du fait, que, dans ce cas, les symptômes de la maladie n'étaient pas des plus graves.

Dans les trois cas qui précèdent, la terminaison de la maladie a été favorable ; mais peut-on affirmer que cette terminaison soit le résultat de l'emploi des moyens mis en usage ou simplement d'une gravité moindre da la maladie, ou, enfin, des circonstances favorables où se trouvaient les malades ? Ce sont, en effet, trois ordres de conditions qu'il importe de ne pas confondre.

Les deux cas qui suivent, empruntés au même service, sont propres à éclairer cette question.

Accouchement naturel ; allaitement ; abcès du sein ; prodromes cholériques vingt-quatre jours après l'accouchement ; choléra confirmé le vingt-cinquième jour, après vingt-quatre heures de prodromes ; coma persistant ; mort. (Hôpital des Cliniques. — Service de M. P. Dubois.)

Obs. IV. — Tedé, 26 ans, domestique. Constitution bonne. Est accouchée à terme le 26 février 1849, à 7 heures du matin ; elle allaite son enfant. (Salle d'accouchements, n° 27.)

Deux ou trois jours après avoir commencé l'allaitement, il est survenu des crevasses à la base des mamelons des deux seins, que l'on a cautérisées à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent. La malade continuait d'allaiter son enfant.

Le 21 mars, le sein droit devient phlegmoneux ; peau chaude ; légère accélération du pouls ; soif ; inappétence ; selles naturelles ;

céphalalgie ; beaucoup d'agitation la nuit ; lochies rousses coulant encore. (12 sangsues sur la partie la plus douloureuse du sein ; diète ; sirop de groseilles.)

Le 24, la fluctuation devenant manifeste, on fait une ponction qui donne issue à une quantité considérable de pus. Peau un peu chaude ; accélération du pouls ; soif.

Le 25. Il s'est écoulé une très-grande quantité de pus. Le sein a diminué considérablement de volume. Borborygmes ; ventre souple, non douloureux ; cinq évacuations liquides depuis hier matin. Les évacuations ont lieu sans coliques ni ténesme. Soif vive ; langue humide, blanche à toute sa surface ; pouls petit, mais régulier et calme ; pas de céphalalgie ; pas de douleur dans les membres. (Un bouillon ; 2 pilules d'extr. de gom. op. 0.05.)

Six heures du soir. Soif inextinguible ; langue plate, rouge à ses bords ; salive peu abondante ; un vomissement aqueux à la suite d'une ingestion de boisson. Depuis ce matin il y a eu quinze ou vingt évacuations liquides très-abondantes, d'une couleur jaunâtre et laissant déposer au fond du vase une espèce de purée de même couleur ; elles ont peu d'odeur ; ventre souple, non douloureux : quelques borborygmes ; chaleur normale ; pouls petit, dépressible ; grande lassitude ; faiblesse extrême. La figure est peu altérée ; cependant les yeux sont légèrement excavés ; crampes douloureuses dans l'avant-bras droit. (2 pilules d'ext. gommeux d'opium, 0,05 chacune ; trois quarts lavement, avec 12 gouttes laudanum de Sydenham dans chacun, à prendre à une demi-heure d'intervalle.)

Le 26 au matin. Hier soir, à six heures, la malade a été prise de vomissements qui ont duré une grande partie de la nuit ; en même temps refroidisssement très-sensible et grand nombre d'évacuations.

Ce matin, face livide ; yeux profondément excavés, entourés d'un cercle noir ; paupières à demi closes ; lèvres d'un bleu livide, plus marqué sur le reste de la face ; teinte cyanique des extrémités supérieures (mains et avant-bras) et des ongles ; corrugation des mains. La peau est couverte d'une sueur froide, visqueuse. Abaissement considérable de la température à la face, aux extrémités supérieures et inférieures ; pouls radial insensible ; affaissement considérable. La malade a conservé toute son intelligence ; elle reste abattue, accablée, paraissant ne concevoir aucune idée ni être affectée de son état ; pas de céphalalgie ; crampes dans le mollet gauche ; soif inextinguible. Langue blanche ; peu de salive ; pas de douleurs épigastriques ; ventre non développé, non douloureux à la pression ; borborygmes ;

selles cholériques. La malade évacue continuellement sous elle. On ne peut pas savoir si elle a uriné. Il ne s'est pas écoulé de pus du sein. Les lèvres de la plaie sont sèches; le sein a diminué considérablement de volume. Potion tonique.

Infusion de mélisse.	30 grammes.
Acétate d'ammoniaque.	15 —
Alcool.	30 —
Laudanum de Sydenham. . . .	15 gouttes
Liqueur d'Hoffmann.	2 grammes.
Sirop sucre.	30 —

A prendre par cuillérée de temps en temps dans un verre d'eau glacé.

Bain de vapeurs d'eau ; glace pour boisson.)

Cinq heures du soir. Le vase de nuit est rempli da matières blanches liquides semblables à du petit-lait. Il n'y a pas eu de vomissement dans la journée ; sur le bras et l'avant-bras gauche, il y a plusieurs larges plaques vineuses ne disparaissant pas sous la pression du doigt. Dans tout le côté gauche, mais particulièrement dans le membre thoracique gauche, la malade accuse un refroidissement plus considérable que dans la moitié droite du corps. La main ne perçoit aucune différence notable entre ces deux parties. Beaucoup d'agitation. La malade jette ses bras hors du lit, rejette ses couvertures; le cours des urines est suspendu. Le reste *ut supra*

Le 27 mars. Les vomissements se sont arrêtés. Il y a eu dans la nuit peu d'évacuations. Sensation de brûlure à l'épigastre. Du reste, la malade est comme hier. (Potion tonique; eau vineuse mêlée à une petite quantité d'eau de Seltz; bain de vapeurs d'eau. Envelopper la malade dans des couvertures de laine.)

Le 28. La figure est un peu moins altérée que les jours précédents. Les vomissements ont continué toute la nuit. La malade n'a pas sitôt introduit ses boissons qu'elles sont rejetées. Ce matin, on remarque dans le crachoir une matière aqueuse d'une teinte verte, et tenant en suspension de gros flocons d'un vert plus foncé. Il n'y a pas eu d'évacuation depuis hier; beaucoup d'agitation ; insomnie. Le reste *ut supra*. (Petit-lait pour boisson ; glace; catap. de graines de lin chauds sur le ventre et sur les cuisses.)

Le 29. Mêmes vomissements; deux ou trois évacuations liées dans la nuit; pesanteur à la région épigastrique. Le reste *ut supra*. (Large vésicatoire à l'épigastre; potion antiémétique de Rivière :

Bicarbonate de soude.	2 grammes.
Acide acétique.	2 —

A prendre par cuillerée de temps en temps.

Petit-lait pour boisson ; quelques cuillerées de lait.)

Le 30. Après la potion, les vomissements ont diminué beaucoup. Dans la soirée d'hier, il y a eu encore quelques nausées. La boisson a été rejetée quelquefois. Depuis hier soir, il n'y a pas eu d'évacuation. Les vomissements sont arrêtés. (Eau vineuse, coupée avec eau de Seltz ; larges cataplasmes chauds sur le ventre et les cuisses ; envelopper les bras avec de l'ouate ; nouveau vésicatoire à l'épigastre.)

Le 31 mars. Hier, dans la soirée, la malade s'est levée ; elle a pu aller au lit voisin pour chercher de la tisane. Toute la journée, il y a eu beaucoup d'agitation, une grande excitation cérébrale ; elle a uriné neuf fois. Dans la nuit, il y a eu plusieurs évacuations liquides, blanches ; pas de vomissements. Ce matin, à la visite, grande altération de la face ; décubitus dorsal. La bouche est entr'ouverte ; les paupières sont à demi closes. Coma ; grand abattement. La malade ne répond plus aux questions qu'on lui fait. Abaissement de la température sur tout le corps. Le tronc et les extrémités sont froids au toucher ; le pouls radial est insensible ; la peau des mains et des avant-bras a une teinte violette ; les plaques ecchymotiques du membre gauche persistent ; les dents sont encroûtées ; la langue est brune, sèche ; pas de vomissements ni d'évacuations. La sonde, introduite dans la vessie, ne laisse sortir aucune goutte d'urine. La malade n'a voulu rien prendre depuis hier soir. La respiration est courte et incomplète. (Bain de vapeurs ; catap. chauds aux extrémités ; eau vineuse.)

Le 1er avril. Même état comateux. Pas d'évacuation. Les paupières sont à demi closes ; les cornées sont ternes ; la face est froide ; plus de pouls radial ; la respiration est haute, irrégulière.

La malade s'est éteinte, sans présenter rien de particulier, le 2 avril, à une heure du matin.

Dans ce cas, terminé par la mort, les efforts de l'art ont été complétement impuissants. Remarquons que la méthode mise en usage a compris tout à la fois les narcotiques, les excitants diffusibles, les réchauffants, les antiémétiques et les révulsifs, le tout sans aucune apparence de succès. Ajoutons que, comme moyen d'expliquer l'insuffisance de tous ces agents, la maladie est survenue après une suppuration abondante. L'intoxication cholérique ne trouvait-elle pas dans ces conditions une nouvelle cause d'aggravation.

Le fait suivant offre l'exemple d'une influence beaucoup plus manifeste.

Accouchement laborieux terminé par le céphalotribe ; fièvre puerpérale déclarée dès le lendemain ; invasion des symptômes cholériques un mois après ; mort. (Hôpital des Cliniques. — M. P. Dubois.)

Obs. V.—Gauthier, âgée de 21 ans, brodeuse. Faible constitution, petite taille ; les cuisses sont d'une brièveté remarquable. Conformation vicieuse du bassin (81 millimètres) ; primipare, à terme ; apparition des premières douleurs le 19 février à dix heures du matin, continuant sans résultat jusqu'au 21 février. Rupture artificielle des membranes.

Le 22 au matin, les contractions restant faibles et la tête ne s'engageant pas, M. Dubois tente, mais sans succès, une application de forceps.

Après s'être assuré, dans le courant de la journée, que l'enfant était mort, M. Dubois fit la perforation du crâne ; l'accouchement fut terminé par le céphalotribe. La terminaison par ce moyen fut rendue très-facile : délivrance naturelle.

Le 23. La malade a dormi une grande partie de la nuit ; léger ballonnement du ventre ; pas de selle depuis l'accouchement ; peau chaude ; fréquence du pouls. (Un bouillon ; sirop de groseilles ; cataplasmes).

Le 24. Décubitus dorsal ; la figure pâle, décolorée, exprime la souffrance ; sueur portée sur le front et à la surface des lèvres ; ventre développé, ballonnement, météorisme, borborygmes ; l'abdomen est douloureux dans toute son étendue ; la douleur augmente par la moindre pression, la toux, les mouvements ; pas de nausées ni de vomissements ; soif vive ; langue saburrale ; langue brune et sèche à sa partie moyenne. Depuis hier, il y a eu cinq ou six selles liquides ; peau très-chaude, sudorale ; pouls petit, fréquent, cependant résistant ; céphalalgie ; pas de sommeil, agitation pendant la nuit ; lassitude générale ; extrême faiblesse. La malade ne peut pas s'asseoir sur son séant à cause des douleurs abdominales ; toux quinteuse, pénible ; crachats blancs, épais, muqueux. (Calomel à dose fractionnée, 0,05 en vingt paquets ; cataplasmes sur le ventre ; sirop de groseilles ; diète absolue.)

Le 25. Le calomel a produit plusieurs selles liquides (six ou sept) ; ventre ballonné, un peu moins douloureux qu'hier ; langue moins sèche ; elle a perdu sa couleur brune ; soif toujours très-vive ; pas de salivation ; peau chaude, brûlante, sèche ; pouls large, rénitent, récurrent, à plus de 100. Un peu de sommeil pendant la nuit ; plus de céphalalgie ; les lochies conservent de

l'odeur. La montée du lait ne s'est pas faite : toux toujours fréquente, quinteuse, pénible ; excrétion des urines facile. (Calomel à la même dose ; cataplasmes ; un bouillon ; julep diacodé pour le soir.)

Le 26. Même état. (Même prescription.)

Le 27. Le calomel a eu une action purgative très-marquée. Il y a eu huit ou dix garde-robes ; peau chaude ; pouls large, dur, résistant, de 104 à 108 fois. (20 sangsues à l'hypogastre ; cataplasmes émollients ; bain ; diète.)

Le 28. Ce matin, la figure est meilleure ; décubitus latéral ; le ventre, quoique encore développé, est beaucoup moins douloureux. Il n'y a eu que trois selles liquides ; soif moins vive ; peau moins chaude ; pouls beaucoup moins fréquent, à 96. (Bouillon.)

Le 2 mars. Amaigrissement très-notable ; pâleur et décoloration générale ; décubitus dorsal ; faiblesse extrême. La malade évacue sans cesse sous elle sans en avoir conscience. Langue sèche, dents fuligineuses, peau sèche et brûlante, pouls fréquent (110 à 120). (Deux quarts de lavement laudanisé ; cataplasmes ; frictions sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée ; bain ; décoction de riz édulcorée avec du sirop de coings ; diète.)

Du 3 au 5. Même état. (1 gramme de diascordium en cinq pilules ; demi-lavement avec 12 gouttes de laudanum de Sydenham ; cataplasmes ; deux bouillons.)

Le 7. Amélioration. (Poulet rôti ; un peu de vin coupé avec de l'eau. Même prescription qu'hier.)

Le 9. Deux vomissements bilieux ; une évacuation liquide verte. Peu de sommeil, pouls calme, mais faible, petit, à peine sensible. (Potion tonique.)

Du 10 au 20, un peu d'amélioration ; moins d'abattement. Fréquentes alternatives de mieux et de pire, traversées par divers accidents du côté des organes des sens et des yeux en particulier.

Le 21. Dans les vingt-quatre heures, il y a eu trois évacuations liquides. Le pouls s'est un peu relevé ; il a pris un pen d'ampleur, mais il est calme. (Bain ; quantité suffisante eau de Seltz ; op. 0,05 ; deux bouillons.)

Le 22. Le pouls est souple, calme ; l'appétit renaît ; les bouillons ont pu être digérés ; deux évacuations liquides depuis hier matin ; photophobie très-intense. La vision est troublée. Douleurs profondes dans l'œil ; décoloration de l'iris ; pupille contractée, non mobile ; chémosis considérable. L'œil est rempli de

mucosités épaisses. (O. s. eau de Seltz ; p,, 0,05 ; bouillon.)

Six heures du soir. La malade ne présente rien de particulier depuis ce matin. Il y a sept ou huit évacuations liquides dans la journée. Les bouillons ont été vomis.

Le 28. Hier, à huit heures du soir , la malade a été prise de vomissements qui se sont prolongés dans la nuit. Les matières vomies sont vertes, liquides, bilieuses ; elles remplissent les trois quarts d'un crachoir. En même temps il y a eu des évacuations très-abondantes. Un drap en seize, placé sous elle, a été entièrement mouillé. La partie liquide imprègne les linges, et à la surface de celui-ci, il reste des grumeaux blanchâtres qui ressemblent assez à du blanc d'œuf coagulé.

Ce matin, à huit heures, abattement extrême des forces ; découragement ; teinte cyanique générale, mais plus prononcée aux extrémités ; altération profonde de la face ; les traits sont tirés en haut, les yeux sont excavés et comme retirés au fond de leur orbite. Lassitude générale ; crampes dans les jambes, les cuisses et les extrémités supérieures ; abaissement considérable de la température au nez, aux pommettes et principalement aux extrémités supérieures. Les extrémités inférieures sont peu refroidies. Il n'y a plus de pouls radial. Langue violacée , humide, soif dévorante ; hoquet. Les vomissements sont arrêtés. Douleurs extrêmement vives à l'épigastre ; ventre non développé ; gargouillement dans la fosse iliaque gauche. La malade n'a pas uriné depuis hier, à deux heures de l'après-midi. Les évacuations alvines sont toujours très-fréquentes. Céphalalgie ; intelligence parfaitement conservée ; anesthésie. Si l'on pince la peau, elle conserve le pli qu'on lui a fait prendre. Voix cholérique ; bains de vapeurs d'eau. (La malade est enveloppée dans de la laine ; glace pour boisson.)

Les fumigations n'ont pas pu réchauffer la malade ; elle est tombée dans le coma, et elle a succombé à une heure de l'après-midi, en conservant toute sa connaissance.

Autopsie. — Rigidité cadavérique ; amaigrissement considérable.

Cavité abdominale. — Injection légère du grand épiploon et du péritoine viscéral, sec et collant dans toute son étendue ; adhérences récentes de l'S iliaque du colon à la surface externe de l'utérus , lequel adhère aussi par son fond à l'angle sacro-vertébral.

L'intestin grêle offre quelques petites arborisations rouges dans quelques points ; dans le reste de son étendue, il est un peu décoloré ; rien d'anormal dans les plaques de Peyer ; follicules

isolés, développés et très-saillants dans toute la longueur de l'intestin. Rien d'anormal dans le gros intestin, si ce n'est que ses parois sont rétractées et son calibre diminué. Les matières contenues dans le tube intestinal sont liquides, d'un blanc-jaunâtre et tenant en suspension des flocons albumineux.

L'utérus ne présente rien de particulier dans son volume et sa coloration. Sa surface interne est recouverte par une couche assez épaisse de muco-pus, mêlé à des stries de sang. A la base des ligaments droit et gauche, il y a six ou sept petits foyers purulents, très-circonscrits, siégeant dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et séparés les uns des autres par des cloisons celluleuses criblées de trous qui les font communiquer entre eux.

Plusieurs foyers purulents dans l'épaisseur même du tissu utérin, dont l'un est situé sur le sommet même de l'organe. Les sinus sont parfaitement sains.

Tout le système veineux abdominal est gorgé de sang. Le sang de la veine cave supérieure est sirupeux, filant, ainsi que celui du foie. La bile est excessivement épaisse, comme du sirop très-concentré. Sang noir, visqueux, gorgeant la rate.

Rien de particulier dans les reins. Absence d'urine dans la vessie.

Poumons sains, anémiés; adhérences pleurales anciennes. Bronches sèches et vides. Péricarde et cœur sains. Caillots fibrineux, mous et friables dans le cœur droit. Les veines azygos et intercostale, ainsi que les sinus de la dure-mère sont fortement distendues par du sang noir et visqueux,

Rien d'anormal dans la substance cérébrale.

Dans ce cas, le choléra s'est développé chez une femme épuisée par une maladie mortelle par elle-même. Elle serait morte probablement de la fièvre puerpérale ; mais l'influence cholérique ne saurait être méconnue ni dans les caractères de la maladie, ni dans la rapidité de sa terminaison. Ce cas prouve donc, d'une manière presque incontestable, l'aggravation de l'influence épidémique par l'épuisement résultant d'une maladie antérieure et concomitante. Ici, par cette même raison, l'influence thérapeutique n'a pu être appréciée, car elle a été nulle. Faisons remarquer, en terminant, que, chez cette malade, le choléra, faisant suite à une autre maladie, a débuté, comme chez la malade de l'observation III, le 23 mars, à la suite d'une maladie autre, paraissant avoir suivi jusque-là son cours régulier.

Rapportons, pour clore cette série de choléras combinés avec l'affection puerpérale, le cas suivant qui contraste sous beaucoup de rapports avec ceux qui précèdent.

Choléra asiatique chez une femme entrée à l'hôpital pour suite de couches ; constipation, puis diarrhée prodromique pendant vingt-quatre heures.) Hôpital Beaujon. — Service de M. Bouvier.)

Obs. VI. — Le 27 mars est entré, dans le service de M. Bouvier, à l'hôpital Beaujon, une femme de 36 ans, accouchée il y a un mois environ, d'une mauvaise constitution, lymphatique.

Au moment de son entrée, elle se plaignait de douleurs dans les aines et le flanc gauche, de constipation ; on lui fit prendre quelques bains, et on lui administra deux pilules de Bontinus.

Elle allait assez bien et s'était même levée, lorsqu'elle fut prise de frissons, de malaise, de diarrhée, et de quelques envies de vomir. En même temps, suppression complète des lochies.

Le 29 mars au matin, refroidissement, cyanose, excavation des yeux, pouls à peine sensible, fuyant sous le doigt ; vomissements, de la tisane surtout, contenant au fond un dépôt de matières grises ; douleurs épigastriques très-vives ; les yeux sont convulsés en haut ; somnolence ; désir de repos ; quelques douleurs et crampes dans les jambes. (Frictions ; lavements laudanisés ; boules d'eau chaude ; tilleul chaud ; diète.)

Le 30, à peu près même état ; vomissements continuels ; selles nombreuses, à très-petits intervalles ; la malade rend ses matières sous elle, et sans en avoir la conscience. Matières blanches dans les selles ; crampes dans les membres inférieurs, les bras et les doigts. Cyanose assez prononcée de la face, les yeux caves. (Thé avec du rhum ; eau de Seltz ; vin de Bagnols, 60.)

Le 31, elle vomit toujours, se plaint d'une douleur vive à l'épigastre ; langue saburrale ; peau chaude ; la malade, plongée dans l'affaissement, ferme les yeux en roulant le globe oculaire en haut. Crampes un peu moins fortes ; le pouls est plus sensible, un peu moins fréquent.

Le 1er avril, quatre selles dans la journée, colorées en vert, d'une odeur forte et désagréable ; deux ou trois vomissements, formés de tisane. Elle dit être bien mal. Cependant, en réalité, elle est mieux que la veille ; plus de crampes ; courbature générale ; ventre sensible ; pouls meilleur, sans fréquence. (Lavements laudanisés ; thé au rhum ; vin de Bagnols ; glace.)

Le 2, pouls assez bon, douleurs à l'épigastre ; respiration encore un peu gênée. Pas de vomissements depuis hier ; pas de selles ; pas de cyanose ; température normale. Convalescence. (Bouillon coupé).

Dans l'observation qui précède, l'affection puerpérale était moins développée ; la maladie elle-même a été moins grave, et

le traitement a été mieux caractérisé; en effet, le rhum, le thé et le vin ont pu exercer une influence d'autant plus probable, qu'après leur administration on a remarqué un changement de coloration dans les selles. ce qui est pour tout le monde un symptôme manifeste de l'influence favorable des médications. C'est ce que les cas des séries suivantes rendront plus evident encore.

DEUXIÈME SECTION. — *Cas de choléra intense ; médication tonique mixte.*

Choléra intense ; diarrhée prodromique, trois jours ; réaction avec hypersécrétion multiple ; traitement tonique ; guérison. (Hôtel-Dieu. — Service de M. MARTIN-SOLON.)

OBS. VII. — Un homme âgé de trente-cinq ans, correcteur typographe, rue Maubué, quartier Saint-Martin, où il habite avec deux autres personnes une chambre à deux croisées, assez bien aérée, est entré le 24 mars à midi à l'Hôtel-Dieu; il avait déjà un peu de diarrhée depuis trois jours; bien portant du reste.

Le 23 mars au matin, il est réveillé par une envie d'aller à la garde-robe, quelques nausées, un vomissement. Apporté à l'hôpital sur un brancard, on le trouve cyanosé, froid, en proie à des vomissements et à des selles répétés et à des crampes douloureuses ; pouls radial insensible. A son entrée, on lui administre un bain d'air sec qui le réchauffe immédiatement ; sur la fin il sent que ça lui porte à la tête et il vomit. (Potion avec acétate d'ammoniaque, tilleul et thé, 1 lavement laudanisé.)

A 8 heures du soir. Plus de céphalalgie, mais le pouls est peu sensible. Il a eu des crampes dans la journée, qui ont disparu à la suite de frictions avec des flanelles laudanisées ; mais cyanosées. (Éther sulfur., laudanum, eau distillée de menthe, ammoniaque, poudre de Columbo et maigstère de Bismuth. A dix heures, du punch ; dans la nuit, vin de Bagnols avec eau de Seltz, 125 gr.)

Le 24 à neuf heures du matin. Quelques crampes de temps à autre, une selle colorée à la suite d'un lavement laudanisé (on s'est demandé si la coloration des matières n'était pas due au laudanum) ; moiteur générale, pouls, 94 ; sentiment de constriction à la poitrine, point de douleurs de ventre, langue d'une température normale, un peu saburrale, soif vive, absence d'urines. (Eau de Selz, avec vin de Bagnols.)

Potion :	Laudan. Syden.	25 gouttes.
	Liq d'Hoffmann.	15 *id.*
	Menthe.	60 gramme.
	Ammoniaq.	20 gouttes.
	Sirop.	30 grammes.

A prendre par deux cuillerées d'heure en heure ; lavement ; quelques gorgées de bouillon si le malade le désire.

A cinq heures et demie. Hoquet depuis le matin, durant encore et fatiguant beaucoup le malade ; deux selles très-considérables dans la journée, plus épaisses, d'odeur un peu fécale ; 4 à 5 vomissements de mucus trouble ; la potion a été rejetée sitôt prise ; propension au sommeil (on a appliqué des sinapismes) ; Il prend quelques cuillerées de bouillon, il boit avec plaisir de l'eau glacée avec du vin de Bagnols, ainsi qu'une tisane composée de vin de Bagnols, citron et sirop; la voix est encore bonne ; pouls à 80, très-faible, face un peu froide, chaleur normale du reste du corps, langue humide et chaude, sentiment de resserrement vers la région du cœur ; point d'urine.

Large sinapisme couvrant la poitrine et l'abdomen, un sinapisme pareil sur la colonne vertébrale. (2 cuillerées de rhum, un peu de sucre et quelques gouttes de citron dans une demi-bouteille de thé, eau glacée, six paquets de 0,50 de carbonate d'ammoniaque chacun.)

Le 25. Quelques hoquets encore de temps en temps, qui ont beaucoup diminué d'ailleurs depuis l'application du sinapisme sur la région cardiaque, pouls assez large, 72 ; langue humide et chaude, chaleur générale bonne ; quelques vomissements aqueux colorés par les boissons; soif persistante, appétence pour la glace, les garde-robes continuent à s'épaissir et à devenir grisâtres; douleurs épigastriques, aspect des yeux bon, la teinte cyanique des jambes a disparu, la peau n'a pas encore recouvré toute sa tonicité ; sommeil tranquille et court, quelques étourdissements quand le malade veut se lever ; la sécrétion urinaire s'est rétablie ce matin, l'urine est couleur de bière, épaisse, un peu louche, acide, sa densité est de 0,1022°, l'acide nitrique y décèle de l'albumine. (4 paquets de sous-carbone d'ammoniaque, dans le but de liquéfier le sang : cataplasmes sinapisés sur les régions cardiaque et cervico-dorsale. (Bouillon ; glace, sirop, thé, rhum, sucre et citron.)

A 4 heures. Le malade a uriné, il a eu huit garde-robes peu considérables, plus épaisses, pas de vomissements, toujours un peu de hoquet, pouls, 80, point de céphalalgie, soif vive. (Lavement laudan., 11 gouttes et albumine ; sinapismes sur la poitrine pour arrêter le hoquet qui s'est reproduit.)

Le 26. Le malade a beaucoup uriné ; un seul vomissement verdâtre depuis hier soir, douleurs à l'épigastre, pas de coliques, fréquentes garde-robes bilieuses, verdâtres, épaisses et d'odeur fécale (2 litres environ) ; le resserrement de la poitrine est moins fort, pas de céphalalgie, sommeil, plus de crampes, seulement quelques bâillements spasmodiques, soif ; extrémités chaudes et de couleur naturelle, pouls, 76. (Thé, bouillon, eau rougie avec Bordeaux et eau de Seltz, paquets de 0,30 de sesquicarbonate d'ammoniaque, 3 lavements de son et pavot.)

Le 27. Faiblesse, douleurs à l'épigastre et à la région du foie, légère teinte ictérique, quelques vomissements bilieux, facies bon, chaleur modérée de la peau, pouls 72. (Ventouses scarifiées à l'épigastre et sur l'hypochondre droit, cataplasme avec laud. 10 gouttes, 2 lavements ; on supprime le vin, bouillon.)

Le 28. Douleur épigastrique dissipée (le sang des ventouses, d'aspect normal, point diffluent), selles liquides, verdâtres et d'odeur fécale, urines abondantes, légèrement troublées par l'acide nitrique, 0,1010° de densité, chaleur bonne, pouls 72. (Eau rougie, crème de riz, eau de gomme, 3 lavements avec son, pavot et 5 gouttes laudan.)

Le 29. Garde-robes épaisses et verdâtres, abondantes, sans coliques, vents fétides, appétit ; voix nette et forte, gaîté. (2 panades et 2 vermicelles au gras ; gomme avec fleur d'oranger, 2 lavements son, pavot et laudan.)

Le 30. 2 garde-robes solides ; digestion facile, appétit, le malade se sent très-bien et n'éprouve plus que de la faiblesse dans les jambes ; convalescence complète, une portion.

Le 3 avril. Ce malade est entièrement guéri.

Dans cette observation, une multitude d'incidents ont permis d'apprécier, jusqu'à un certain point, la lutte entre les agents thérapeutiques et la maladie. Constatons d'abord que la médication a été des plus énergiques comme médication tonique. Il est peut-être à regretter que le savant médecin ait combiné avec cette méthode les narcotiques à doses assez répétées et élevées. Dans ces sortes d'associations médicamenteuses, il est fort difficile de faire la part de ce qui peut être utile de ce qui ne l'est pas, et peut-être de ce qui serait nuisible. On ne saurait méconnaître les modifications favorables survenues à plusieurs reprises à la suite de l'ingestion des médicaments ; mais il est à remarquer que les améliorations obtenues ont paru souvent enrayées. Serait-ce par suite de la résistance du mal, ou bien par suite de l'administration d'éléments curatifs opposés à ceux qui auraient produit l'amélioration ? Il serait à désirer, ainsi qu'il

sera dit ailleurs avec plus de détails, que les expérimentations thérapeutiques fussent réglées d'une manière plus méthodique, pour arriver à un dédoublement de l'action de chaque substance.

Nous allons essayer, par les faits qui suivent, de faire ce départ préparatoire.

Choléra asiatique ; stomatite ; diarrhée prodromique de cinq jours ; prostration ; phénomènes nerveux ; quelques symptômes inflammatoires du côté de l'estomac consécutivement (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. Lévy.)

Obs. VIII. — Maury, 22 ans, neuf mois de présence au corps, 27e de ligne, caserné à l'*Ave-Maria*, entré à l'hôpital le 21 mars, à la salle 26, pour une stomatite.

Diarrhée depuis cinq jours ; cinq selles par jour. Le 22, dans la journée, la diarrhée augmente, quinze à vingt selles. A midi, face cyanosée ; yeux excavés, cernés de noir ; agitation ; pas de crampes ni de refroidissement ; selles comme de l'eau de riz, blanches ; un vomissement après qu'il a pris du bouillon ; anéantissement des forces ; pouls radial à peine perceptible ; évacué, à neuf heures du soir, sur la salle 25, n° 45.

Depuis sept heures du soir, deux vomissements et deux selles ; quelques crampes ; prostration ; température non sensiblement abaissée ; un bain d'air chaud sur-le-champ ; frictions ; potion ammoniacale éthérée et laudanisée.

Le 23, à sept heures du matin. Quatre vomissements cette nuit, dont un contient quelques matières alimentaires ; cyanose peu prononcée à la face, presque nulle au tronc et aux membres inférieurs ; peau sèche, comme flétrie ; absence de pulsations radiales et carotidiennes ; pulsations au cœur, 128 ; impulsion très-faible ; langue sèche ; gencives saignantes ; douleurs à l'épigastre, se propageant avec un sentiment de constriction dans l'hypochondre ; six ou sept selles riziformes, avec un dépôt comme boueux, où l'on reconnaît des pellicules de pruneaux, urines supprimées depuis hier ; un peu de céphalalgie ; vertiges ; diplopie par moments ; bourdonnements d'oreille ; aphonie ; crampes fréquentes dans les membres inférieurs et supérieurs, se propageant jusque dans les doigts qui deviennent rigides ; prostration extrême ; température à 37° C. à l'aisselle, 23° à la main. (Limonade gazeuse ; potion *ut supra* ; glace en morceaux.)

Le 24, peu de sommeil pendant la nuit ; pas d'urine depuis hier ; un vomissement ; agitation pendant la nuit ; pouls à 96. La cyanose est presque dissipée, la voix un peu revenue. Cram-

pes plus faibles et plus rares ; soif vive ; pas de bandelette nacrée des gencives ; spasmes épigastriques ; inspirations comme saccadées ; l'hypogastre sonore à la pression ; six selles de décoction de riz. (Même prescription.)

Le 25 mars, pouls à 84 ; un peu d'assoupissement ; selles nombreuses, jaunes, comme oléagineuses ; extrémités fraîches ; ventre souple, indolent à la pression.

Du 25 au 26. Un vomissement ; quatre selles riziformes. Les boissons ne sont pas tolérées ; un peu d'assoupissement.

Le 26 au matin, pouls à 84 ; yeux chassieux ; conjonctives hypérémiées ; face vineuse ; langue tomenteuse ; papilles hérissées ; soif ardente. La palpation n'est pas supportée à l'épigastre. Le malade dit sentir comme du feu à l'estomac. Plus de crampes. (Glace ; potion gommeuse simple ; 8 ventouses scarifiées sur le ventre ; cataplasmes.)

Dans ce cas, la médication a été mixte, excitante et narcotique ; en dernier lieu antiphlogistique. Les effets produits par les premiers moyens sont de deux ordres : une amélioration dans la nature des selles et des vomissements, et un assoupissement marqué. On peut croire, jusqu'à un certain point, que l'assoupissement revient aux narcotiques ; mais l'amélioration constatée doit-elle leur être attribuée en partie, ou en partage avec les excitants ? c'est ce que nous ne pourrions décider jusqu'ici,

Remarquons, en second lieu, que l'emploi des saignées révulsives a paru indiqué par quelques symptômes de congestion inflammatoire. Il s'agirait de savoir si, dans les cas de cet ordre, l'indication intercurrente et secondaire doit prévaloir sur l'indication première ; or, nous croyons que les antiphlogistiques ne sont rien moins qu'utiles contre le caractère essentiel du choléra. L'amélioration que l'on cherche dans la saignée, employée contre un accident inflammatoire apparent, n'est-elle pas achetée au risque d'aggraver la maladie principale ? Nous nous bornons à soulever cette question.

Choléra asiatique ; deux jours de diarrhée ; phénomènes cérébraux.
(Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. Lévy.)

Obs. IX. — Dameray, 32 ans, dix ans de service, 41e régiment de ligne, à Paris depuis cinquante-deux jours, entré le 22 mars, salle 25, n° 10. Constitution forte ; système musculaire largement développé ; pas de maladies antérieures ; diarrhée depuis deux jours ; quatre selles par heure. La diarrhée a commencé le 20 mars, au Champ-de-Mars, pendant la manœuvre.

Le 21 au matin, crampes dans les membres supérieurs et

inférieurs ; douleurs épigastriques ; cinq ou six vomissements un peu bilieux.

Du 21 au 22, cinq ou six vomissements encore ; dix selles ; crampes persistantes ; refroidissement depuis la veille. Apporté le 22, à une heure du soir.

État à l'entrée : Cyanose ; état algide ; yeux caves, cerclés de violet; langue froide ; six vomissements depuis le matin, autant de selles ; crampes très-fréquentes ; urines non supprimées ; pouls à peine sensible, à 80. (Bain d'air chaud ; tilleul édulcoré; potion stimulante ordinaire.)

Au bout d'une demi-heure, le malade est réchauffé ; bientôt moiteur générale.

Le 23, deux vomissements de tisane avec un dépôt trouble au fond ; sommeil interrompu par des crampes. Ce matin, la cyanose est dissipée ; yeux caves; pouls à 72 ; faible ; peu de chaleur aux extrémités ; langue d'un blanc jaunâtre ; exsudation gingivale ; sensibilité dans la zone épigastrique ; douleurs lombaires ; pas de selles ni d'urines depnis hier ; pas de matité hypogastriqne ; peu de crampes ; pas de céphalalgie. (Frictions ; 8 ventouses sèches à l'épigastre ; même traitement.)

Du 23 au 24, deux selles ; pas de vomissements ni de crampes ; chaleur médiocre ; cessation de la constriction épigastrique.

Le 24, deux selles cette nuit, de couleur café au lait ; face vineuse ; douleurs épigastriques et lombaires ; céphalalalgie. (Bain d'air chaud ; vin de cannelle, 125 grammes.)

Le 25, une saignée de 180 grammes ; coagulum volumineux, mou.

Le soir, la céphalalgie est moins intense. Dans la nuit du 25 au 26, deux selles riziformes.

Le 26, pouls à 60, faible, dépressible ; céphalalgie ; pupilles contractées ; face vultueuse, violâtre ; vestiges ; pas de vomiturition ; langue blanche ; ventre indolore. (Diète ; limonade citrique ; potion gommeuse ; sinapismes ; 10 sangsues à l'anus; compresses vinaigrées sur le front.)

Les jours suivants, l'état du malade s'améliore de plus en plus, et le 1er avril il est complétement guéri.

Ici la première médication semble suivie d'une amélioration dont le caractère, la rapidité, paraîtraient ne pouvoir être attribués à l'évolution naturelle de la maladie. Mais on remarquera qu'ici, comme dans les cas précédents, la céphalalgie et les phénomènes cérébraux, face vultueuse, vertiges, ont persisté, sinon augmenté. La médication à la fois tonique, narcotique et

antiphlogistique, permet-elle de faire la part de l'amélioration dans un sens et de l'aggravation dans l'autre? Nous pourrions répéter d'ailleurs ce que nous avons dit dans l'observation précédente à l'occasion de l'association du vin de cannelle avec la saignée. Le savant professeur a sans doute obéi à des indications différentes; mais est-il possible de décider laquelle a été la mieux remplie?

Dans les deux cas qui précèdent, l'issue de la maladie a été heureuse, sans que l'on puisse décider à quel élément de la médication est due la guérison, tout en admettant que l'ensemble du traitement ait pu exercer une influence favorable.

Le cas qui suit, quoique offrant une nouvelle application de la même méthode, n'a pas eu la même issue.

Choléra asiatique; ivresse alcoolique prolongée pendant deux jours. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. Lévy.)

Obs. X. — François Lepavée, 40 ans, 18e léger, d'une constitution faible, détériorée, sujet à l'ivrognerie, entré le 29 mars, à huit heures du soir.

Le 27, il était très-bien portant, nous assure-t-il, n'avait ni dérangement de corps ni céphalalgie, enfin aucun symptôme prodromique. Le 28 mars, il se grise le matin, et continuant à boire immodérément, reste dans l'ivresse la plus complète le 28 et le 29.

Le soir du 29, il est pris de vomissements, de diarrhée; cyanose complète; teinte bleue de la face; excavation des yeux crampes dans les membres; refroidissement; état algide; cinq ou six selles depuis une heure; pas de pouls radial; douleur à l'épigastre. (Potion avec acétate d'ammoniaque, éthër, laudanum; frictions; bain d'air chaud.)

Le 30, cyanose encore plus prononcée, s'il est est possible; pétéchies sur le ventre et la poitrine; peau algide, argileuse; pouls radial et carotidien nuls; ni selles, ni urines, ni vomissements; la peau sans élasticité, flasque, plissée en long.

Mort à dix heures du matin.

Notons d'abord, dans ce fait, les circonstances qui ont facilité l'explosion de la maladie.

On pourrait admettre sans difficulté qu'une ivresse de deux jours pût très-bien suppléer une période prodromique de même durée. Mais il est impossible d'admettre, sur la déclaration d'un homme ivre pendant quarante-huit heures, que d'autres prodromes n'ont pas coexisté.

Au sujet du traitement, nul doute que la médication, la même

que dans le cas précédent, n'ait eu aucune influence favorable, du moins appréciable. Si l'ivresse ou l'abus des boissons alcooliques ne nous avaient déjà montré dans des observations précédentes la possibilité d'une guérison assez rapide, nous serions très-disposé à attribuer à ce préalable fâcheux l'inefficacité de la méthode ; mais ici on ne peut que s'abstenir de conclure.

Choléra asiatique, survenu à la suite d'une autre affection; diarrhée prodromique; selles caractéristiques ; délire dans la période algide. (Hôpital Beaujon. — Service de M. Bouvier.)

Obs. XI. — Au n° 119, salle Saint-François, est couché le nommé Enouf, 25 ans, cuisinier, entré le 21 mars.

D'une constitution lymphatique, d'une vie très-régulière, assez souvent malade, cet homme est venu à la consultation cinq jours avant son admission à l'hôpital. Il se plaignait de douleur de côté quand il toussait. On lui a fait une saignée à ce moment, saignée qui ne l'a pas soulagé ; puis, peu après, selles et vomissements. Il est venu de nouveau à Beaujon où il est entré.

Le jour de son admission, 21 mars, violente céphalalgie ; la diarrhée a cessé ; et depuis deux jours il y a même de la constipation. Langue sèche, rouge à la pointe, saburrale à la base et au milieu, pouls fort, plein, fréquent, à 112; ventre sensible dans la fosse iliaque à la pression. (Saignée le soir de l'entrée.)

Le lendemain, pas de sommeil pendant la nuit ; agitation ; toux un peu douloureuse; dans le côté droit où siège la douleur, on entend du râle sibilant; respiration rare à la partie inférieure et postérieure ; céphalalgie. (Une seconde saignée; lavement émollient ; diète.)

Le soir, affaissement ; la fièvre persiste.

Le 23, la céphalalgie a un peu diminué, mais existe toujours. Une selle non liquide dans la journée d'hier. Plutôt un peu de constipation ; douleur assez vive dans la fosse iliaque droite. (20 sangsues, diète.)

Le 24, le malade se sent mieux ; faiblesse ; il demande à manger. Presque plus de fièvre ; plus de céphalalgie. On lui donne du bouillon quelques jours.

Il paraissait aller mieux et demandait toujours à manger, bien qu'on lui accordât une portion, lorsqu'il fut pris de diarrhée le 26 mars ; il n'en dit rien dans la crainte d'être mis à la diète. Ce ne fut que le 28 que l'on s'en aperçut.

Le 28 mars, six selles liquides, non blanches, avec une teinte verte très-prononcée ; pas de vomissements.

Le 29 au matin, quelques envies de vomir ; la diarrhée con-

tinue ; quatre selles dans la nuit. (Diète absolue, quart de lavement, eau de Seltz pour boisson.)

Dans la journée, dix selles et plusieurs vomissements. Les matières des selles deviennent de plus en plus blanches. Douleurs dans le ventre ; soif très-vive. (Lavement avec guimauve et pavot ; diète.)

Le 30, visage altéré, les yeux un peu caves, cerclés de noir. Quinze selles dans la journée, huit dans la nuit. Quatre ou cinq vomissements, bilieux d'abord, puis exclusivement composés de tisane. La température est sensiblement abaissée ; les pieds, les mains, les lèvres et le nez froids ; langue large, saburrale, peu chaude ; pouls presque insensible ; quelques douleurs dans les lombes, mais pas de crampes ; suppression complète des urines depuis hier. (Thé additionné de rhum ; eau de Seltz ; 60 gr. vin de Bagnols ; lavement.)

Les selles continuent cependant toute la journée, ainsi que les vomissements.

Le 31, extrémités complétement froides, à peine cyanosées ; les matières des vomissements sont blanches, noires et vertes alternativement. Selles liquides, riziformes, très-nombreuses. Pas de crampes, mais douleurs vagues ; brisement général des membres. Le sujet dit se sentir très malade. (Frictions avec le liniment volatil camphré ; sinapisme ; thé chaud avec du rhum ; eau de Seltz ; glace en morceaux.)

Le 1er avril, persistance des vomissements et des selles, qui sont complétement blanches et grumeleuses. Peau complétement froide ; langue sèche ; soif toujours très-vive. Pas de crampes ; affaissement profond. Pouls faible, ondulant sous le doigt, très-fréquent ; les yeux sont excavés. (Quart de lavement avec l'eau albumineuse ; glace ; deux pilules d'opium de 0,025 gr. chacune.

Le 2, dans la journée, deux selles et pas de vomissements ; mais vers huit heures, les vomisssment recommencent ; agitation très-grande ; langue sèche et même un peu fuligineuse ; affaissement profond ; les yeux caves, cernés, ternes ; joues un peu froides ; pouls très-peu sensible ; froid ; teinte bleuâtre de la peau. Pas d'urines.

Le 3, le facies cholérique est parfaitement caractérisé ; les yeux caves, à moitié ouverts. On aperçoit entre les paupières les conjonctives injectées, ternes, comme sèches ; les pupilles convulsées en haut. Sueur froide, visqueuse ; le pouls à peine perceptible, ondulant, irrégulier ; la connaissance est tout à fait perdue, et le malade qui répondait encore à sept heures du matin reste insensible à neuf heures. La peau de tout le corps est

froide, bleue ; l'haleine fétide un peu typhoïde ; persistance des évacuations blanches ; pas d'urine.

Mort le 3 avril dans la journée.

Cette observation est remarquable sous trois points de vue. Et d'abord, comme exemple de choléra développé dans l'hôpital sur un malade traité pour une affection caractérisée ; les saignées abondantes, et l'affaiblissement qui s'en est suivi, n'ont-ils pas été des circonstances favorables au développement de la maladie, et n'est ce pas dans des cas de ce genre que la contagion serait le plus à craindre ?

En second lieu, nous voyons une cholérine débuter sous les yeux du médecin, persister malgré la diète et les narcotiques ; n'est-ce pas là un exemple de l'insuffisance bien caractérisée de ces deux ordres de moyens, qui réussissent pourtant dans un très-grand nombre de cas ? N'y aurait il pas lieu, dans les cas de ce genre, de ne pas attendre une aggravation trop considérable des symptômes pour recourir à une médication d'un caractère plus énergique ? Aussi pensons-nous que, aussitôt que, malgré la diète et les sédatifs, les accidents paraissent s'accroître, il faut recourir d'emblée à l'emploi du vomitif ou même de l'émétocathartique.

Faisons remarquer en dernier lieu que la médication tonique, employée dans ce dernier cas d'une manière parfaitement isolée, n'a pu parvenir à conjurer la terminaison fatale. Mais ajoutons que cette médication, fût-elle bonne en soi, pourrait, dans les circonstances où elle a été administrée, n'avoir pu produire son effet salutaire.

C'est à l'obligeance de M. Bouvier et de M. Desruelles, son interne, que nous devons les détails de ce fait et de l'obs. VI, rapportée plus haut.

Choléra asiatique ; cinq jours de diarrhée ; invasion subite ; vomissements bilieux ; selles caractéristiques ; cas grave ; guérison. (Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. Lévy.)

Obs. XII. — Pradier, 26 ans, soldat au 2e régiment de ligne, en garnison à Paris depuis deux mois, baraqué à la Préfecture de police (dans le même local où était logé le nommé Cotillard, entré le 17 mars et couché au n° 16), d'une constitution robuste, était depuis cinq jours atteint de diarrhée, une ou deux selles diarrhéiques par jour.

Le 21 mars, à cinq heures du matin, il montait sa garde sur le quai des Orfévres, à la Préfecture de police, lorsqu'il fut pris tout à coup de vomissements de matières liquides verdâtres,

vomissements incessants, et qui l'obligent à quitter sa faction. En même temps violentes douleurs d'estomac, selles très-fréquentes, dix selles dans l'espace de trois heures, crampes.

Le malade est apporté au Val-de-Grâce à huit heures et demie, et couché salle 25, n° 41.

État à l'entrée : Refroidissement général, ventre tiède, extrémités tout à fait glaciales, cyanose générale, facies grippé, nez, lèvres algides, yeux caves, paupières affaissées, violettes, pupilles dilatées, peau sèche, ayant perdu son élasticité, voix cassée, langue algide, blanchâtre, tomenteuse, vives douleurs épigastriques, ventre souple, matité du colon dans ses portions ascendante, transversale et descendante, un peu d'urine, prostration des forces, 16 inspirations, inégales, l'air expiré est froid, température de l'aisselle à 33 degrés et demi C. Dans la main du malade, le thermomètre baisse à 23. Crampes très-douloureuses aux jambes, vomissements de matières semblables à de l'eau de riz.

(On réchauffe le lit avec une bassinoire. Bain d'air chaud, frictions avec liniment volatil camphré, au moyen de brosses de laine, cruchons d'eau chaude, potion avec :

Eau de mélisse.	60	grammes.
Acétate d'ammoniaque. . .	8	—
Sirop	30	—
Laudanum	8	gouttes.)

Le 22 au matin, sommeil interrompu pendant la nuit, chaleur générale, sueur, pouls à 120, faible, voix meilleure, encore un peu rauque, plus de crampes, ni selles ni vomissements, bandelette nacrée des gencives, langue blanchâtre, un peu tomenteuse, pas d'urines depuis vingt-quatre heures, ventre indolent, un peu de douleur à l'épigastre dans les fortes inspirations, respiration pure, égale des deux côtés, son normal. (Bouillon, limonade citrique, potion gommeuse, vin sucré, 60 grammes.)

Le 23, nuit calme; pouls à 72, peu résistant à la pression; yeux caves; amaigrissement de la face; encore un peu de cyanose faciale; langue humide, tomenteuse; une selle constituée par un liquide blanc; dépôt grumeleux; plus de crampes; chaleur générale; urines.

Le même jour, à une heure du soir, sueur visqueuse; peau sèche, sans élasticité; les yeux moins caves; pas de vomissements; pas d'urine depuis le matin; une selle jaunâtre contenant un lombric.

A quatre heures, pouls à 72; une selle riziforme, avec sus-

pension opaque, blanche; douleur épigastrique dans les grandes inspirations; crampes de plus en plus rares.

Le 24, nuit bonne; sommeil prolongé; pouls à 72, fort; face encore un peu vineuse; langue tomenteuse; yeux caves; ventre un peu tendu; un peu d'urine; trois selles jaunâtres; les crampes ont tout à fait cessé, ainsi que la cyanose. Convalescence commençante. (Bouillon; diète de vin; limonade citrique, 2 litres; potion gommeuse simple; vin de cannelle, 125 grammes.)

Le 35, pouls à 60.

Le 26, pouls à 60; deux selles stercorales. Convalescence confirmée. (Quart d'aliments matin et soir.)

Ce cas est tout à la fois un exemple de choléra le mieux caractérisé, et d'une guérison qui ne s'est pas démentie, à partir du moment où l'art est intervenu. Constatons d'abord que chez ce sujet, robuste, offrant par conséquent les conditions les plus favorables à la saignée, on s'est néanmoins dispensé, très-justement, selon nous, d'avoir recours à cette méthode: constatons, en outre, que toute la médication a été purement tonique, à l'exception d'un léger mélange de laudanum.

Ici, pourtant, on ne saurait méconnaître, par la rapidité de la réaction, par la diminution croissante et soutenue des symptômes cholériques, l'intervention utile de l'art. Ce serait une chose intéressante à faire que de rapprocher tous les cas où la réaction a été continue et l'amélioration régulièrement graduelle pour chercher si, dans le traitement, on ne trouverait pas une parité égale dans l'emploi des moyens.

L'observation qui suit, quoique présentant un exemple de terminaison favorable, n'a pas offert la même régularité, et par conséquent la même facilité d'appréciation.

Choléra asiatique; intermittence; trois jours de diarrhée blanche; réaction; accidents cérébraux. (Observation recueillie dans la pratique du docteur Hauregard.)

Obs. XIII. — Un enfant de 4 ans, demeurant rue de l'Ancienne-Comédie, 18, assez fort, nerveux et irritable, d'une bonne santé habituelle, fut pris, le 18 mars, de diarrhée, jaune d'abord, puis blanche, ressemblant, dit la mère de l'enfant, à du lait caillé. Un ou deux vomissements pendant ces premiers jours. L'enfant n'avait plus d'appétit et mangeait à peine.

Le 21, au matin, notre confrère, appelé en toute hâte, trouve le petit malade dans l'état suivant: Visage d'un bleu violet; refroidissement des extrémités; vomissements de matières blanchâtres, grumelées; matières de selles analogues à une forte

décoction d'eau de riz ; pouls radial presque insensible ; les yeux caves; suppression des urines ; crampes. (Sinapismes; infusion de feuilles de menthe; sirop d'éther ; lavements laudanisés; eau de Seltz pour boisson.)

Le même jour, à midi, commencement de la réaction, après cinq heures de cyanose et de froid. L'enfant, qui ne disait rien depuis le matin, dit quelques mots et reconnaît ceux qui l'entourent.

Le soir, il retombe dans l'état comateux ; vomissements bilieux ; sensibilité à l'épigastre ; pouls à 120. (8 sangsues à l'anus ; cataplasmes laudanisés sur le ventre ; sinapismes ; bain.)

Le 22, la journée fut assez bonne ; mais le 23, à quatre heures du matin, les vomissements bilieux recommencent ; état d'agitation extrême. Le malade ne peut garder un instant la même position de la tête ; il pousse de temps en temps de petits cris, des gémissements. (Vésicatoires aux mollets; bain ; lavements d'eau de son et amidon ; frictions sur le ventre avec l'éther sulfurique ; boissons froides.)

Le 24, il y avait un mieux sensible ; l'agitation était moins considérable; cependant l'enfant promenait ses yeux effarés autour de lui. Le pouls était à 104-108. (Vésicatoire à la nuque.)

Le 26, un peu d'amélioration, les yeux cependant un peu hagards. (Bouillon coupé.)

Les jours suivants, amélioration de plus en plus soutenue. Le 1er avril, guérison complète.

Dans ce fait, la première médication, comme on le voit, a été stimulante et narcotique; l'effet qui a paru en résulter a été une amélioration notable et prompte, suivie d'une congestion cérébrale modérée.

La seconde médication, consistant à la fois en évacuations sanguines et en narcotiques, n'a pas empêché une aggravation des accidents survenus le lendemain.

Enfin, une troisième médication, exclusivement excitante, diffusible, a été suivie d'une amélioration qui ne s'est pas démentie.

A laquelle de ces médications, et à quel élément de chacune d'elles faut-il attribuer les modifications favorables ou défavorables qui en ont été la conséquence ? C'est ce que nous n'oserions décider. Notons, en terminant, que l'influence de l'âge n'a peut-être pas été étrangère au succès des moyens mis en usage chez le petit malade.

TROISIÈME SECTION. — *Choléra traité par la méthode évacuante.*

Les cas de cette troisième catégorie sont plus caractérisés que

ceux des deux précédentes. Si, comme dans la première, on y trouve encore un certain mélange de méthodes dont l'alliance n'est pas suffisamment justifiée, toujours est-il que le caractère général et absolu y domine assez pour qu'on ne puisse conserver aucun doute sur sa véritable influence. On y verra, peut-être, comme nous, un premier exemple de résultats assez tranchés pour engager les praticiens à les étudier d'abord, et à les prendre ensuite comme point de départ, sinon comme modèles d'application.

Choléra confirmé après trois jours de diarrhée prodromique; méthode évacuante et évacuations sanguines locales combinées; convalescence. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. Durand.)

Obs. XIV. — Laurent (Pierre), 14e léger, caserné au camp des Invalides, constitution ordinaire, avait la diarrhée depuis trois jours lorsqu'il fut pris, dans la nuit du 17 au 18 mars, de céphalalgie, vomissements verdâtres, crampes. Apporté à l'hôpital dans la soirée du 18, il présente le 19 au matin, à la visite : facies caractéristique, yeux cernés, céphalalgie, vomissements, selles fréquentes, voix voilée, langue froide, extrémités froides et marbrées, crampes, pouls petit et concentré, urines rares. (Riz gom.; potion avec infus. d'ipéc., 2 gr.; op. 0,1, à prendre par cuillerées.)

Le 20, matin, même état. (Même prescription.)

Le soir, douleur à l'épigastre. (20 sangsues *loco dolenti*, eau de Sedlitz à 50 gr., 2 litres.)

Le 21, vomissements fréquents, selles blanches copieuses, chaleur de la peau modérée, cyanose aux doigts seulement, pouls filiforme, yeux caves. (Potion : ipéc. 2 gr.; op. 0,05; eau de Sedlitz à 50 gr., 2 litres.)

Le 22, amélioration sensible, continuation des vomissements et des selles qui sont encore cholériques, douleur à la base du poumon droit. (Bouillon maigre, org. miel. ter., lavement purg. ter., eau de Sedlitz, 6 vent. scarifiées *loco dolenti.)*

Le 23, réaction commençante, douleurs abdominales générales, vomissements moins fréquents, selles liquides noirâtres. (Org. m., lav. laxatifs bis, huile de ricin, 60 gr.; 20 sangsues sur l'abdomen.)

Le soir, état soporeux. (12 sangsues aux tempes.)

Le 24, réaction établie, modérée; un ou deux vomissements, selles bilieuses, peu fréquentes; douleurs abdominales calmées. (Bouillon maigre, org. m., lav. purg. ter.)

Le 25, mieux sensible, plus de vomissements, trois selles bilieuses. (Même prescription.)

Le 26, amélioration soutenue. (Bouillon m., pruneaux, lav. purg., lav. avec 2 gr. de sulfate de quinine.)

Le 27, idem. (Crème de riz au lait, org. m., lav. purg., sulf. quin. 1,50.)

Le 28, convalescence. Le malade est évacué sur une autre salle. (Alimentation légère, tisane au vin, potion au quinquina.)

Voici un cas de choléra confirmé avec marche et réaction régulière, et terminaison favorable, le tout obtenu pendant une période assez courte, sans hésitation et avec un caractère d'amélioration progressive, pendant le cours, sinon sous l'influence de l'administration d'une méthode on ne peut plus tranchée. On peut bien encore y reconnaître avec surprise l'intervention des saignées locales, dans le but, sans doute, de combattre des douleurs éphémères; mais quelque contradictoire que puisse être cette addition, elle n'a pu effacer le caractère très-nettement tranché de la médication principale. Aussi est-ce à cette dernière qu'il faut attribuer la présomption d'efficacité que d'autres faits pourront rendre plus probable encore. Tel est le suivant.

Choléra confirmé après quelques jours de diarrhée prodromique légère ; éméto-cathartiques, sangsues et opium ; amélioration graduelle sous l'influence des évacuants ; convalescence. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. Durand.)

Obs. XV. — Repessé (Pierre), du 43e de ligne, caserné à l'École Militaire ; constitution vigoureuse, tempérament sanguin ; ayant depuis quelques jours une diarrhée légère, est pris, le 16 mars à 9 heures du soir, de vomissements, de diarrhée plus fréquente et de crampes légères. Il arrive à l'hôpital du Gros-Caillou, le 17 au matin après la visite, à pied, avec le facies cholérique, commencement de cyanose, extrémités froides, langue froide, yeux cerclés et enfoncés.

Le 17, au soir, douleur à l'épigastre, vomissements, selles séro-albumineuses, refroidissement modéré des extrémités; urines rares. (Inf. tilleul, pot. ipéc. 3 gr., op. 0,1 ; 20 sangsues à l'épigastre.)

Le 18, même état. (Riz. gom. édulc.; pot. ipéca., 1 gr., op. 0,1.) Le soir, somnolence, assoupissement. (25 sangsues à l'anus.)

Le 19, continuation des vomissements et de la diarrhée. (O. m.; pot. manne, 60 gr., sulf. magnés., 20 gr.; pot. calmante.)

Le 21, vomissements, selles blanches très-fréquentes. (O. m.; pot. ipéca., 2 gr., op., 0,05.)

Le soir, état soporeux, abattement profond. (Eau de Sedlitz à 50 gr., 2 litres.)

Réaction modérée. (O. m.; eau de Sedlitz, 2 litres.)

Le 22, réaction soutenue. (Bouillon maigre; o. m.; lavement purgatif.)

Le 23, amélioration. Le lavement de la veille a provoqué plusieurs selles séreuses; appétit. (Bouillon maigre; o. m; lavement purgatif bis; pour le soir, pot. : manne, 60 gr. et sulfate de magnésie, 20 gr.)

Le 24, amélioration soutenue; selles noirâtres après les lavements. (Bouillon maigre; o. m.; lavement purgatif.)

Le soir, abattement; pouls plein, fébrile. (Huile de ricin, 75 gr.)

Le 25, amélioration. (Bouillon maigre; o. m.; lavemeut sulfate de quinine, 3 gr.)

Le 26, amélioration soutenue. (Bouillon maigre; o. m.; lavement sulfate de quinine, 2 gr.; lavement purgatif.)

Le 27, même état. (Bouillon maigre; lavement quinine, 1,50; lavement purgatif.)

Le 28, convalescence, (Crème de riz au lait; o. m.; lavement purgatif bis.)

Le malade est évacué sur une autre salle. (Alimentation légère; tisane au vin; potion de quinquina.)

Rapproché du précédent, ce cas lui donne et en tire une plus grande signification. C'est toujours un mélange, en proportions différentes, il est vrai, de la méthode antiphlogistique locale, avec un très-grand déploiement de la méthode évacuante. On voit, en effet, qu'à chaque nouvelle dose de la médication évacuante, une amélioration se manifeste; la maladie semble reprendre le dessus après quelques heures de cessation des remèdes, pour céder de nouveau à de nouvelles doses d'agents évacuants. Le caractère démonstratif de l'amélioration produite par les médicaments, c'est, d'une part, le retour gradué des forces, coïncidant avec le changement de caractère des évacuations; dans ce cas, comme dans le précédent, l'amélioration décisive a succédé à une coloration bilieuse et noirâtre des selles.

Faut-il, dans les deux cas que nous venons de rapporter, attribuer à l'intervention des opiacés ces phénomènes de congestion cérébrale que nous trouvons également dans les cas de la deuxième catégorie? Cette question ne sera résolue que quand on aura traité des cholériques en s'abstenant complétement de toute

préparation opiacée. Jusqu'ici ces cas sont, pour ainsi dire, inconnus; car presque tous les médecins, par des motifs divers sans doute, ont eu constamment recours à cette médication.

Le cas suivant est peut être propre à jeter quelque lumière sur les difficultés inhérentes aux deux précédents.

Choléra; trois jours de prodromes; méthode évacuante exclusive; réaction franche; amélioration rapidement croissante. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. Durand.)

Obs. XVI. — Kieffer (Léger), 7e d'artillerie, constitution vigoureuse, tempérament sanguin, est apporté à l'hôpital du Gros-Caillou, salle des ophthalmies, la 30 mars, pendant la nuit. Il avait été pris, le 30 au soir, de vomissements, diarrhée et crampes; il avait la diarrhée depuis 3 jours.

Le 31, au matin, yeux caves, cernés, vomissements et selles blanches, point d'émission d'urines, crampes aux jambes, état algide avec cyanose légère des pieds et des mains; grande prostration, pouls lent et faible. (Diète, orge miellé; huile de ricin, 75 gr., après l'administration d'une potion éméto-cathartique : ipéc., 2 gr.; sulfate de magnésie, 20 gr.; cruchons d'eau chaude aux pieds.)

Le 1er avril, réaction, vomissements modérés, selles assez fréquentes, retour des urines, cessation des crampes. (Diète, org. m., potion avec manne 60 gr., sulfate de magn. 20 gr., deux lavements purgatifs.)

Le soir, la réaction se soutient. (Eau de Sedlitz à 50 grammes, 2 litres.)

Le 2, un peu plus d'abattement, sentiment de pesanteur à l'épigastre, quelques vomissements, selles bilieuses. (Diète, potion éméto-cathartique *ut suprà*; eau de Sedlitz 2 litres.)

Le 3, amélioration déclarée, pas de vomissements, 2 selles bilieuses dans la nuit; facies relevé. (Bouillon maigre, orge miellé, lavement purgatif ter.)

Le soir, le malade se trouve bien, un peu de somnolence. (Eau de Sedlitz.)

Le 4, état satisfaisant, langue blanche, pouls normal, chaleur naturelle. (Org. m. bis, eau de Sedlitz une fois, lav. purg. ter.)

Ici la méthode évacuante a été employée dans toute sa pureté, et avec une grande rigueur, bien que le cas fût des plus graves. Dès le premier jour, la réaction se manifeste sous l'influence de doses réitérées d'eau de Sedlitz; les selles bilieuses reparaissent dès le second jour; le troisième jour, les vomissements cessent, et les selles bilieuses continuent; enfin, et rapidement, avec la

persistance des mêmes moyens, la convalescence se décide.

Les deux observations qui suivent, quoique non complètes encore, ajoutent une nouvelle importance à celles qui précèdent.

Choléra; huit jours de prodromes; méthode évacuante purgative énergique; prompte amélioration, caractérisée surtout par la cessation des vomissements et la couleur bilieuse des selles. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. Durand.)

Obs. XVII. — Dougny, 24 ans, du 48e de ligne, constitution ordinaire, tempérament lymphatique. Diarrhée antérieure depuis huit jours. Apporté à l'hôpital le 30 dans la journée. Crampes; vomissements; selles fréquentes, tout à fait blanches, albumineuses, avec des grumeaux ressemblant à du riz; douleur à l'épigastre; extrémités froides, avec quelques marbrures seulement; facies crispé; yeux caves, cernés; urines rares; pouls petit.

Le 30, au soir, mêmes symptômes. (30 sangsues à l'épigastre; sinapismes aux mollets; potion de manne et de sulfate de magnésie; eau de Sedlitz, 3 litres, pour boisson après la potion.)

Le 31, facies meilleur; cessation des vomissements; pouls normal; urines rares; selles blanches, plus ou très-peu de douleur à l'épigastre. (Org. m.; eau de Sedlitz, 2 litres; lavement purgatif.)

Le 1er avril, même état général; douleurs vagues dans l'abdomen. (D.; même prescription.)

Le soir, hoquet très-répété; quelques nausées. (Pot. gomm. avec extrait gomm. d'opium, 0,05.)

Le 2, amélioration. Le hoquet a cessé; plus de nausées; deux selles bilieuses dans la nuit. (Org. m.; lavement purgatif; pot. calmante *ut suprà.*)

Le 3, un peu d'abattement. Le cercle bleu des yeux persiste; douleurs vagues à la partie antérieure du tronc. (Org. m.; eau de Sedlitz, 2 litres; trois lavements purgatifs.)

Le 4, amélioration soutenue; pas de vomissements; trois selles dans la nuit; sommeil; pouls et chaleur naturels. (Org. m.; citrate de magnésie; lavement purgatif.)

Choléra; cinq jours de prodromes; méthode évacuante émétocathartique et sulfate de quinine; amélioration soutenue. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. Durand.)

Obs. XVIII. — Guillaumar (Louis), 14e léger, caserné à l'Assemblée nationale. Constitution débile; diarrhée depuis cinq jours. Est pris le 30 mars, dans la journée, de vomissements,

diarrhée peu abondante, crampes. Entré le même jour. Facies caractéristique; céphalalgie; langue humide, un peu froide; vomissements bilieux; selles blanches; crampes aux mollets; bouts des doigts froids et cyanosés; pouls un peu concentré; teinte ictérique de la peau. (Potion éméto-catarthique; eau de Sedlitz, 2 litres.)

Le 31, au matin, céphalalgie; douleurs à l'épigastre; vomissements; diarrhée; suppression des urines; faiblesse générale; point d'urines. (Org. m.; eau de Sedlitz, 2 litres.)

Le 1er avril, un peu d'amélioration; réaction légère; vomissements modérés; selles blanches encore. (Org. m.; eau de Sedlitz, 2 litres; lavement purgat. ter.)

Le soir, état légèrement soporeux. (Pot. avec huile de ricin, 60 grammes; 20 sangsues aux tempes.)

Le 2, amélioration; pas de vomissements; quelques selles bilieuses. (Lavement purgatif ter; sulfate de quinine, 1,50 (à cause du retour paroxistique de l'état soporeux.)

Le soir, l'amélioration se soutient; pas d'état comateux.

Le 3, pas de selles; la teinte ictérique persiste. (Org. m.; lavem. purgat. ter; eau de Sedlitz, 2 litres; sulf. de quin., 1,50.)

Le 4, un peu de pesanteur de tête et d'oppression pendant la nuit. Ce matin, ces symptômes ont disparu. (Org. m. bis; sulf. de quin., 15 décig.; eau de Sedlitz, deux fois et deux lavements purgat. le soir.) Mieux soutenu.

Dans le premier de ces deux cas, la marche de la maladie et la médication employée diffèrent peu de ce qui a été observé dans les faits que nous avons rapportés plus haut.

C'est toujours la même régularité dans la progression décroissante des symptômes, la même activité croissante dans l'emploi des moyens; peut-être l'énergie de la médication aurait-elle pu être plus réservée: c'eût été, pour ceux qui seraient tentés de suivre l'exemple de M. Durand, motif à plus de sécurité et à moins de préventions.

Dans le deuxième fait, le médecin a cru devoir associer à la médication principale le sulfate de quinine, dans le but de combattre quelques symptômes d'apparence périodique. Du reste, le caractère de l'amélioration se retrouve nettement tranché dans le changement des selles devenues bilieuses.

Nous regrettons que ces deux cas ne soient pas encore complets pour donner au système curatif qui les distingue toute l'autorité dont ils nous paraissent empreints. Cependant, pour ne pas dissimuler les mauvaises chances à côté des bonnes, et laisser à ces dernières plus de valeur qu'elles n'en ont réellement,

nous rapporterons deux observations d'insuccès prises dans le même service, relatives à des cas à peu près analogues, et dans lesquelles la méthode évacuante n'a pas été moins énergique.

Choléra, six jours de diarrhée prodromique, méthode mixte, évacuants, saignées locales et sulfate de quinine, amélioration d'abord, puis état typhoïde; mort. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. Durand.)

Obs. XIX. — Devilliers (Joseph), 25e de ligne, constitution assez forte, mais un peu débilitée, est entré le 26 mars pour une diarrhée qu'il avait depuis quatre jours. Le 28 mars au soir, il a été pris de vomissements, facies caractéristique, langue froide, voix cassée, extrémités froides, cyanose légère des doigts, yeux caves, selles plus fréquentes, pas de crampes. (Eau de Sedlitz, trois litres, après l'administration d'une potion d'ipécacuana et tartre stibié.)

Le 29. Chaleur augmentée, yeux injectés, quelques vomissements, selles blanchâtres. (Eau gommeuse, lavement purgatif.

Le 29 au soir. État soporeux. (20 sangsues aux tempes, eau de Sedlitz.)

Le 30. Plus d'assoupissement. (Bouillon maigre, org. m., lavem. purgat. avec manne et sulf. de magnés.)

Le soir. Selles noirâtres, état soporeux. (Huile de ricin, 75 grammes, lavem. purgat. bis.)

Le 31. Amélioration, plus de vomissements, encore quelques marbrures aux mains. (Org. m., sulfate quin., 1,50, lavement purgatif ter, eau de Sedlitz, 2 litres.)

Le soir. État comateux assez prononcé. (Eau de Sedlitz, 1 litre.)

Le 1er avril. Un peu moins d'abattement. (Org. m., sulfat. quin., 1,50, eau de Sedlitz à 50 gr., 2 litres.)

Le 2. Abattement profond, état typhoïde, langue sèche, sclérotiques injectées, pouls mou et fréquent, chaleur à la peau, pas de vomissement, selles fréquentes. (Org. m., sulf. quin., 2 gr., lavem. purg. ter, pot, avec manne et sulf. magnés.)

Mort à une heure de l'après-midi.

La mort, dans ce cas, paraît due au développement de l'état typhoïde. Dans le précédent, on avait déjà remarqué quelque tendance à l'état comateux. Mais ici, cet état s'est développé dans les derniers jours avec plus d'énergie, et malgré les émétocathartiques et le sulfate de quinine, les accidents n'ont paru modifiés que dans un seul instant, le soir du troisième jour du traitement.

A quoi tient la différence du résultat? On ne saurait invoquer ni la constitution du sujet, qui était assez forte, ni l'ancienneté du mal, qui ne datait que de quatre jours, ni aucune des circonstances du traitement accessoire ; car ici, par de sangsues, pas d'opiacés.

L'observation suivante, bien différente à certains égards, est analogue à celle qui précède.

Invasion du choléra pendant le cours d'une bronchite capillaire tuberculeuse ancienne ; traitement tonique et évacuant ; mort. (Hôpital du Gros-Caillou. — Service de M. Durand.)

Obs. XX. — Prijean, 24 ans, 11e léger, constitution frêle, épuisée ; entré au Gros-Caillou le 14 mars, pour une bronchite capillaire déjà ancienne, tuberculeuse. Ce malade, qui allait mieux de la bronchite, est pris, le 24 mars au matin, de selles avec vomissements caractéristiques, point pleurétiques, crampes, refroidissement des extrémités, de couleur violacée ; absence de pouls, aphonie, suppression de l'expectoration. (D., elixir cordial dont voici la formule :

Prenez : Genièvre de Hollande. . . . . 1 litre.

Dans lequel on fait macérer pendant trois jours :

Gentiane.	45	grammes.
Aunée	45	—
Angelique.	45	—
Acore vraie.	45	—

Pot. excitante : infus. de fleurs d'oranger avec addition d'acét. d'ammoniaque, 4 gr. ; 20 sangsues *loco dolenti.*)

Le 25. La chaleur est un peu revenue, le pouls se relève ; point d'urine depuis l'invasion. (Eau gom. ; eau de Sedlitz 50 gr. ; lavem. purg. ter.).

Le 26. Vomissements et selles moins fréquents, un peu plus de chaleur ; pas d'urine, l'expectoration muqueuse a reparu. (Eau gom. ; eau de Sedlitz à 20 gr., 2 litres ; lavem. purg. ter).

Le soir, même état. (Sulf. de quinine, 2 gr., op., 0,1).

Le 27. Idem. (O. m., lavem. purg. ter ; sulf. quinine, 1,50).

Le 28. Plus de vomissements, réaction faible, assoupissement léger, pas d'urine. (O. m., lavem. purg. ter ; sulf. quinine, 1 gr.)

Le soir, céphalalgie, assoupissement profond. (Huile de ricin, 150 gr. ; 16 sangsues aux tempes.)

Le 29. Même état qu'hier soir. Selles bilieuses fréquentes, pas d'urines. (O. m., lavem. purg. ter.)

Mort le 30 mars à cinq heures du matin.

Autopsie. — Veines encéphaliques gorgées ; tubercules à l'état cru au sommet des deux poumons ; muqueuse des bronches rouge, épaissie, recouverte d'un mucus épais, d'apparence purulente, partie postérieure des poumons congestionnée, cœur gauche vide, cœur droit gorgé d'un sang poisseux.

Estomac. — Muqueuse un peu épaissie, d'un rouge foncé par plaques, arborisations rouges sur quelques points de l'intestin grêle, quelques follicules de Brunner soulevés, matières bilieuses peu abondantes dans le gros intestin.

Il est inutile d'insister sur les préliminaires de ce cas, qui expliquent tout à la fois la rapidité de l'invasion et jusqu'à un certain point l'insuffisance des moyens thérapeutiques mis en usage. L'autopsie n'ajoute guère de renseignements susceptibles d'éclairer sur d'autres conditions de la fâcheuse terminaison.

Terminons cette dernière série par un cas exceptionnel sous tous les rapports, qui nous a été communiqué par M. Pize de la part de M. Huguier.

Choléra développé cinq jours après une opération grave, point de diarrhée prodromique ; trois jours de constipation, prodrome nerveux, aggravation rapide, choléra confirmé, mort. (Hôpital Beaujon. — M. Huguier.)

Obs. XXI. — La nommée Norberte Boulet, âgée de 45 ans, couturière, d'un tempérament nervoso-sanguin, est entrée le 19 mars à l'hôpital Beaujon (service de H. Huguier), affectée à la région du sein droit d'une tumeur cancéreuse déjà opérée une première fois il y a quatre mois environ. Le jeudi 22, elle a été opérée de nouveau, depuis ce jour, tout annonce un plein succès et rien ne fait présager que la malade sera attaquée par l'épidémie qui règne à l'hôpital. Absence générale des prodromes ordinaires, la malade va de mieux en mieux, et n'éprouve aucune douleur ni même aucun gêne, soit épigastrique ou intestinale, soit dans les autres régions : loin d'avoir des évacuations alvines anormales, elle est constipée et n'est pas allée à la garde-robe depuis trois jours, son visage est rouge et animé.

Le 26, dans la soirée, elle se plaint d'une chaleur plus grande que de coutume et de pesanteur de tête. La nuit se passe tranquillement, quand tout à coup le 27 au matin, de quatre à cinq heures, elle est saisie d'étouffements, de douleurs dans le dos et l'estomac, de crampes assez légères vers le genou, qui ne tardent pas à disparaître, en même temps, vomissements peu abondants de matières légèrement colorées et selles un peu plus considérables et caractéristiques.

On administre à la malade avant la visite un lavement laudanisé.

A 9 heures, les extrémités sont froides, les yeux commencent à s'excaver, et à se cercler en noir, la langue est très-légèrement froide, la soif insupportable, les facultés intellectuelles intactes, les forces s'affaissent, voix faible, mais respiration pénible sans augmentation de fréquence, pouls petit, filiforme, teinte cyanique des extrémités, le visage légèrement bleu conserve encore un peu de la rougeur qui caractérisait le facies de la malade.

A la suite de frictions avec le laudanum, la malade est un peu réchauffée et légèrement narcotisée, glace en morceaux à plusieurs reprises.

Les vomissements et les selles cessent, on suspend l'usage de la glace, sinapisme sur la région de l'estomac, qui diminue promptement les douleurs épigastriques.

A 1 heure, mieux apparent, alèzes chaudes.

La châleur renaît quelque temps, urines abondantes, émissions fréquentes et involontaires. (Infusions très-chaudes de tilleul, 5 à 6 pots.)

Le 28, les phénomènes algides ont reparu avec une plus grande intensité, urines supprimées, plus de pouls dans les radiales ni dans les carotides, teinte cyanique plus générale et mieux caractérisée, langue plus froide, yeux plus cernés et plus enfoncés, nez froid, effilé, tempes creuses, respiration plus fréquente, sifflante et pénible, flaccidité de la peau, sueur visqueuse, sentiment d'oppression et de douleur précordiale, soif toujours très-vive, facultés intellectuelles nettes, faiblesse extrême, tendance invincible au sommeil, alternative d'agitation et de somnolence. Mort vers la fin de la journée.

Le savant chef de service qui a bien voulu nous faire adresser ce fait a cru y voir un exemple de choléra foudroyant, sans aucune espèce de période prodromique. Ce cas est tout différent de l'immense majorité de ceux dans lesquels la diarrhée prodromique n'a jamais manqué, mais on se rappellera que nous avons fait des réserves en faveur d'une catégorie de faits où, à défaut de ce symptôme si constant, des phénomènes nerveux constituent des prodromes équivalents.

Ajoutons que la circonstance d'une opération grave et d'une constipation datant de plusieurs jours sont peut-être propres à expliquer jusqu'à un certain point le caractère d'exceptionnalité de ce fait. On se rappellera, en effet, qu'à l'exception d'un seul fait constaté jusqu'ici par nous, et dans lequel l'absence de tout prodrome n'a pu être expliquée par aucune circonstance appré-

ciable, dans tous les cas où cette obsence a été remarquée, et ils sont très-peu nombreux, il y avait eu des circonstances antérieures de maladie, d'épuisement, de souffrances qui pouvaient, jusqu'à un certain point, être considérées comme des équivalents de la cholérine.

---

5. *Recherches sur le mode de propagation du choléra. (Extrait d'un article sur le choléra apparu à Saint-Pétersbourg en* 1848*)*; par M. le docteur Eugène Pélikan.

(Suite et fin : *voir* t. V, mai 1849, p. 78.)

(Gazette médicale de Paris, N° 17 ; 1849.)

Personne ne peut nier l'existence du venin syphilitique, du venin variolique, de celui d'un animal enragé, enfin celui du scorpion, du serpent, etc. Mais jusqu'ici quelqu'un est-il parvenu a découvrir les caractères physiques et chimiques de ces différentes substances? Si nous apercevons quelques légères nuances dans certains fluides, tels que la salive, le pus, etc., ces nuances ne sont que la concentration d'un venin, dont les propriétés particulières ne nous restent pas moins inconnues.

Donc, lorsqu'il s'agit d'un venin morbifique, nous ne comprenons que la matière qui le concentre, qui le renferme. En le comparant au principe du choléra, nous trouvons aussi une concentration particulière, mais plus générale, et qui agit sur la masse totale du peuple. Quoique nous puissions citer une multitude de faits tendant à prouver que la présence de ce principe se trouve répandu dans l'air, dans l'eau, etc., nous ne pouvons cependant jusqu'à présent déterminer au juste le changement des propriétés particulières et caractéristiques de ce même centre.

Poursuivons. Dans l'action de tout venin animal, nous remarquons plusieurs particularités que, par analogie, nous pouvons aussi appliquer au choléra. Il est reconnu :

1° Que le venin, par exemple, d'un animal enragé perd avec le temps son activité meurtrière ; que le venin syphilitique, meurtrier dans son principe, perd de sa force dans les transformations ultérieures que subit la maladie. De même, dans la marche du choléra, le chiffre des malades et des décès se trouve beaucoup plus élevé au commencement de l'épidémie ; les cas de maladie sont aussi plus violents et plus frappants.

2° le venin animal se communique d'un individu à l'autre, dans le cas seulement où il pénètre par la voie qui lui est propre, et lorsque l'individu qui le reçoit est susceptible d'en être affecté. Par exemple, le venin d'un animal enragé ne donne la mort que lorsqu'il est immédiatement introduit dans le sang ; mais s'il

était avalé, il ne produirait aucun effet. Tel est l'effet des miasmes introduits dans le corps par une certaine voie, comme les pores, les poumons et le canal intestinal.

3° Ainsi donc, pour que le venin animal manifeste son activité, il est absolument nécessaire qu'il se trouve en contact avec des parties disposées à le recevoir ; un animal enragé, par exemple, peut mordre plusieurs individus sans que les symptômes de l'hydrophobie se manifestent sur tous. Plusieurs personnes peuvent être en même temps soumises à l'influence du venin syphilitique sans que toutes en soient infectées, et parmi celles même qui se trouvaient atteintes du virus, la maladie se déclare souvent sous des formes différentes. C'est justement ce que l'on remarque dans l'action des miasmes.

Quoique presque la masse entière des habitants d'un lieu quelconque où le choléra sévit fortement (ceux d'une grande ville par exemple) soit exposée à la malignité de son influence, que les individus qui la composent portent même sur eux les indices du principe miasmatique, lequel s'annonce par l'inertie des organes digestifs, par un poids sur l'estomac et un bourdonnement dans l'abdomen, etc., tous cependant ne succombent pas ; et même ceux qui sont soumis à la fatale influence de l'épidémie, qui souffrent des refroidissements, qui sont sujets à se surcharger l'estomac, n'en éprouvent pas tous les terribles effets : le mal n'attaque que les individus qui sont le plus disposés à le recevoir. Mais en quoi consiste principalement cette disposition ? c'est ce qu'il est encore impossible de définir, quoiqu'on doive dire avec vérité que la solution de cette question présenterait peut-être moins de difficultés que celle, par exemple, qui déterminerait d'une manière précise la disposition individuelle et particulière d'un individu à recevoir le venin d'un animal enragé ou le virus syphilitique.

On peut conclure de ce qui précède qu'il faut aussi admettre, pour que l'épidémie acquière un entier développement dans un endroit quelconque, la nécessité des dispositions propres à la recevoir et la *disposition des lieux*. Par là on peut expliquer pourquoi le choléra n'exerce pas constamment ses ravages, mais seulement à certaines époques et principalement dans certaines saisons de l'année, pourquoi il ne choisit pas toujours la même marche, ne s'arrête pas aux mêmes lieux, et se manifeste partout où il a été porté, particulièrement lorsqu'il rencontre, pour se déployer dans toute sa force, un sol favorable, ordinairement désigné dans l'idiome de la science sous le nom de *constitutio morbosa epidemica*.

4° Le venin animal peut rester quelque temps caché dans le corps d'un individu sans manifester son action meurtrière. C'est ainsi, par exemple, qu'un homme, mordu par un animal enragé, n'éprouve quelquefois les symptômes de l'hydrophobie qu'au bout de quelques semaines, de quelques mois, de quelques années même après l'accident. Le virus syphilitique peut également se tenir caché dans le corps pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, sans rien perdre de sa propriété dévastatrice. C'est de cette manière aussi qu'on peut admettre la conservation et le transport du miasme cholérique, qui est recélé dans nos organes jusqu'à ce qu'il trouve une occasion favorable pour se répandre dans l'individu même et dans le monde extérieur qui l'entoure.

Il s'ensuit donc que la présence d'un principe essentiellement miasmatique propre à occasionner des attaques de choléra peut être admis avec autant de certitude que celle d'un venin animal dans la salive de tout individu enragé, dans le virus syphilitique, etc. Ces facultés, ainsi que les faits que nous avons cités, démontrent d'une manière péremptoire la faculté qu'a le choléra d'être transporté d'un endroit à l'autre par le moyen des hommes, contrairement à l'opinion de beaucoup de médecins anticontagionistes qui, rejettent entièrement et la contagion du choléra et sa faculté d'être transportable.

Mais il serait possible d'accorder ces deux partis contraires, en admettant que le choléra peut se propager au moyen des miasmes que les hommes transportent d'un endroit à l'autre; mais pour que la maladie acquière un caractère complétement épidémique, il faudrait un concours de changements cosmiques ou telluriques particuliers qui nous sont inconnus, qui rendissent un endroit quelconque disposé à recevoir les miasmes, et lui concédassent les conditions nécesssaires *pour qu'il pût les transmettre*. Dans ce cas, le premier symptôme de la maladie sur un individu nouvellement arrivé sert pour ainsi dire de point de contact pour le développement total de l'épidémie, de même qu'un morceau d'étoffe apportée d'un lieu ravagé par la peste peut servir de conducteur pour la répandre. D'après ce que nous venons de dire, il me semble qu'il n'est pas besoin de citer d'autres preuves pour démontrer que les réfutations de nos antagonistes ne sont nullement fondées. Il est hors de doute que des observations ultérieures viendront encore confirmer jusqu'à l'évidence l'opinion que nous avons émise sur le transport de la maladie, et même maintenant tous les faits parlent en faveur de cette opinion.

Passant sous silence les objections faites depuis une trentaine

d'années par des gens de l'art, nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire mention des attaques fort ingénieuses du docteur Blumenthal qui, dans ces derniers temps, a étudié la marche du choléra à Moscou. Dans un de ses articles intitulé : *Sur la prétendue contagion du choléra et sur le mode de propagation de cette maladie.* (*Journ. de méd. de Moscou*, t. XI, 1re liv., Moscou 1848), ce respectable auteur réfute entièrement la contagion du choléra, ainsi que l'opinion qu'il peut être tansporté. Voici ce qu'il dit à ce sujet, page 25 :

« Je dois encore mentionner une circonstance sur laquelle semblent s'appuyer les contagionistes. Il est arrivé quelquefois que des individus, venus d'un lieu où le choléra exerçait ses ravages dans un endroit jusqu'alors exempt de l'épidémie , y sont tombés malades et qu'ensuite la contagion a gagné un plus ou moins grand nombre d'habitants. De pareils faits sont, aux yeux des partisans de la contagion, autant de preuves à l'appui de ce qu'ils soutiennent, que le choléra est apporté par les hommes des lieux où il sévit, et que par conséquent il est contagieux.

« De semblables cas pourraient bien servir de preuves s'ils étaient constamment et dans tous les lieux répétés avec les mêmes conditions, mais il n'en est pas ainsi. Des centaines d'individus sont bien souvent revenus des lieux infectés sans être eux-mêmes attaqués de la maladie et sans la répandre. D'autres, quoique attaqués du choléra, ne l'ont pas non plus propagé plus loin. Dans plusieurs endroits, le mal s'est déclaré dans des circonstances telles, qu'on n'a jamais pu savoir comment il avait pu être introduit. Si donc le choléra était susceptible d'être apporté par les hommes, beaucoup de circonstances qu'on remarque dans sa marche cesseraient alors d'être regardées comme des problèmes.

Cette maladie qui, en 1817, s'est déclarée à Essoca, dans le Delta du Gange, ne mit que fort peu de temps pour se montrer à Calcutta ; l'année suivante, elle atteignit Bombay et Madras ; en 1819, elle était à Ceylan ; dans le courant des deux années suivantes, elle exerça ses ravages dans plusieurs villes maritimes du golfe Persique, atteignit Ispahan et les provinces de l'Arménie, se répandit en 1822 sur les bords du Tigre et de l'Euphrate, et en 1825 elle parut sur les frontières de la Russie. Parvenue à ce dernier endroit, elle parut avoir entièrement cessé pendant l'espace de six années, et ce ne fut qu'en 1829 qu'elle ravagea Tiflis. Y a-t-il eu pendant ce laps de temps, c'est-à-dire entre les années 1825 et 1829, absence partielle ou totale de communication entre les habitants de Tiflis et ceux des contrées voisines ?

Quelles sont les causes qui auraient pu ralentir la marche du choléra dans cette circonstance, lorsque de fréquentes relations commerciales présentaient d'inombrables voies pour le propager? Pourquoi la marche qu'a constamment suivie l'épidémie a-t-elle été partout si régulière du sud-est et de l'est au nord-ouest et à l'ouest? Une maladie apportée doit se répandre dans toutes les directions possibles, et ne peut se contenter de suivre seulement une route connue. Donc ces cas particuliers de la prétendue faculté transportable du choléra, au moyen des individus arrivés des lieux soumis à son influence, ne nous donnent pas le droit de considérer cette maladie comme contagieuse. Quant aux maladies contagieuses pestilentielles, qui se répandent dans toutes les parties du monde, on ne peut en juger sur des faits particuliers, lesquels du reste donnent encore jusqu'à présent lieu à des explications absolument contradictoires. Le médecin et le naturaliste qui s'attachent à la recherche de la vérité sont obligés d'envisager ces phénomènes dans toute l'étendue et l'enchaînement de leurs rapports entre eux, et ne doivent pas resserrer le cercle de leurs observations à des cas particuliers souvent contradictoires, lesquels, sous la forme de *légères conceptions*, s'élèvent contre la *règle générale*. Si l'on cite, pour exemple, tel ou tel endroit où quelqu'un ait apporté la maladie, on peut objecter à cela une multitude de cas, où des individus, arrivant des lieux ravagés par le choléra ne l'ont cependant point répandu. Si l'on fait mention d'un lieu quelconque tellement entouré de précautions que la maladie n'ait pu s'y manifester, on trouvera à côté beaucoup d'autres endroits où ces mêmes précautions n'ont pas été prises, qui n'ont présenté aucun cas de choléra, quoiqu'ils se soient trouvés sur la route que parcourait l'épidémie. Il s'ensuit donc de là que c'est seulement la règle générale qui peut résoudre ce problème, et nullement l'exception à cette règle. »

Pour ce qui concerne l'objection que des centaines d'individus qui, après avoir parcouru des lieux infectés par le choléra, sont rentrés dans leurs foyers sans être attaqués eux-mêmes de la maladie et sans la répandre, cette objection perd toute sa force, si l'on admet l'opinion citée plus haut sur la vraie signification de ces mots : *propriété d'être transportable*. Un individu peut arriver d'un endroit où le choléra exerce ses ravages, tomber malade dans un endroit sain, sans y répandre l'épidémie ; (on en conçoit facilement la raison, en admettant, une fois pour toutes, la faculté particulière que possèdent les lieux de recevoir le principe de la maladie), mais peut-on compter beaucoup de pareils exemples? On sait, au contraire, que partout où l'on a pu se procurer

des renseignements officiels, le premier individu arrivant qui s'est trouvé atteint du choléra a été aussi le premier à le répandre, et que c'est de cette époque que date le commencement de l'épidémie. Il serait à désirer que des notions historiques sur la marche du choléra nous fussent communiquées ici d'une manière précise ; car ce n'est que par ce moyen qu'on pourrait produire des preuves irrécusables. Le meilleur moyen pour cela est de recourir aux bulletins publiés par l'administration.

Le choléra s'est montré en 1823, non-seulement sur les frontières de la Russie, mais le 15 septembre de la même année, il exerçait ses ravages dans le gouvernement d'Astracan, et il se prolongea jusqu'au 5 octobre suivant (dans cet espace de temps, on compta 370 cas de maladie, 178 de guérison et 192 décès, non compris environ une centaine d'individus qui ne tardèrent pas à éprouver du soulagement et une complète guérison), après quoi il s'arrêta. Mais en 1829, le choléra ne se manifesta point à Tiflis ; ce ne fut que l'année suivante (1830) qu'il y parut ; dans l'année 1829, il sévit avec beaucoup d'intensité dans le gouvernement d'Orenbourg, où il avait été importé par une tout autre voie.

Peut-on admettre la supposition que la marche du choléra ait été partout aussi régulière, du sud-est et de l'ouest au nord-ouest et à l'est ? En examinant attentivement la marche historique de l'épidémie, on peut s'assurer du contraire ; car il est démontré d'une manière certaine qu'elle a été sud-ouest, est et nord. Ces différentes directions se trouvent consignées avec les plus grands détails dans l'ouvrage publié par M. Chotovitzay, sur le choléra. Dans l'épidémie actuelle, l'opinion d'une pareille régularité dans sa marche nous présente encore beaucoup d'incertitudes. Rappelons-nous que, l'année derniére, le choléra, après avoir entièrement cessé à Moscou, reparut avec la débâcle et prit différentes directions ; rappelons-nous de quelle manière le fléau est venu de nouveau envahir les lieux qu'il avait déjà dévastés ; qu'il s'est répandu comme un torrent de feu sur toutes les parties de l'empire. En effet, peut-on compter beaucoup de gouvernements, de villes même un peu considérables qui se trouvent maintenant à l'abri de ses ravages ? Et l'on se demande où l'on remarque cette marche régulière du choléra, cette voie étroite qu'il parcourt, et que l'opinion de quelques savants allemands nous présente avec tant d'assurance ? Quant à l'objection suivante : Pourquoi le choléra ne se déploie-t-il pas toujours dans les cas où les communications sont établies d'une manière constante ? Nous y avons répondu, en exprimant notre sentiment

sur les maladies susceptibles d'être transportées, et particulièrement sur la faculté de les recevoir ; mais outre cela, le mouvement considérable des grandes masses de peuple, ce qui a lieu de nos jours, doit encore plus contribuer à répandre la maladie que les relations ordinaires entre un nombre d'individus peu considérable. Les objections de M. Blumenthal, fondées sur les proportions des cas de maladie, ne peuvent également détruire l'opinion que nous avons émise sur la faculté transportable du choléra.

1° Ainsi, par exemple, de 471 individus employés dans les neuf hôpitaux temporaires établis à Moscou en 1830, tant pour le service de ces établissements que pour le soin des cholériques, 75 sont tombés malades ; c'est-à dire que le nombre de ceux qui ont été atteints de la maladie, relativement à celui de ceux qui s'en sont trouvés préservés, se trouve dans la proportion de 1 : 6.28. Dans l'épidémie actuelle, sur 310 individus, 20 sont tombés malades, c'est-à dire 1 : 15 1/2. Cette proportion paraît à peine sensible, en comparaison de celle de la totalité des habitants d'une ville ; et l'on doit en général remarquer que tant que nous n'aurons pas de notions certaines sur la proportion à établir entre le nombre des malades et celui des habitants de la ville *en question*, de pareils chiffres ne peuvent donner aucun résultat positif.

2° A Breslau, en 1831, il n'y eut qu'un seul malade parmi les médecins, les domestiques des hôpitaux et les fossoyeurs, sur 46 10/19 cas en général ; et à Berlin, on en compta 1 sur 37 2/54. Ne sachant sur quoi fonder une pareille proportion, elle ne peut être d'aucune utilité pour fixer l'opinion pour et contre.

Elle manque de justesse en ce que le docteur Casper, en communiquant ses observations, a négligé de mentionner le nombre des médecins et des gens employés, dans les deux villes précitées, à donner leurs soins aux cholériques.

3° On peut en dire autant des chiffres communiqués par le professeur Hoppart dans le *Koitisches Repertorium fur die gesammte Heilkunde von* docteur Casper, 1845. On y trouve qu'à Breslau, sur 747 maisons, il n'y en eut que 265 où l'on compta plus d'un malade ; tandis que, dans les 482 autres où il n'y en eut qu'un seul, la maladie n'a point été communiquée aux autres habitants de ces mêmes maisons par ceux qui en étaient atteints, comme cela a été prouvé d'une manière positive.

A ce sujet, M. Blumenthal s'exprime ainsi : « Si nous voulions attribuer l'augmentation du nombre des cholériques, dans les 265 maisons citées plus haut, à la contagion de la maladie,

le rapport entre le nombre des cas de contagion et de non-contagion serait encore en faveur de la dernière ; car ce ne serait que dans 265 maisons que le fléau destructeur aurait exercé ses ravages, tandis que les 482 autres en auraient été entièrement exemptes. » (Voir le journal cité plus haut, p. 21.)

Indépendamment de ce qu'une ville ne peut servir de fondement pour établir une conclusion générale, on doit ici remarquer que les chiffres communiqués par M. le professeur Hoppert sont entièrement en faveur du transport du choléra, parce que, ainsi que toutes les autres maladies contagieuses, la peste, la petite vérole, etc., il ne choisit ordinairement, dans les grandes villes, dans les villages, que quelques quartiers, quelques habitations, où il trouve plus de conditions propices à son développement. Les maladies contagieuses présentent aussi le même chiffre de malades sur un plus grand nombre de quartiers et d'habitations. En effet, si nous considérons la marche historique de chaque maladie contagieuse, nous pouvons remarquer la même inégalité dans le choix des miasmes ; de sorte qu'il ne se trouve qu'un petit nombre d'entre elles qui soient comme le foyer de l'épidémie, et en général on peut prendre pour règle que, plus une maladie épidémique présente de caractères *contagieux*, plus le chiffre des malades est grand sur un petit nombre d'habitations, et qu'au contraire, plus elle présente le caractère d'être *transportable*, plus le nombre des habitations qu'elle atteint est grand, c'est-à-dire qu'elle s'étend sur un plus grand espace. C'est par cette raison qu'une maladie contagieuse exerce ordinairement plus de ravages sur un certain nombre d'individus vivant ensemble, comme dans les fabriques, les régiments, les marchés d'un ville, etc. Dans ce cas, ces endroits forment, chacun dans leur genre, autant de dépôts de la maladie, de même que les grandes villes sont aussi des dépôts pour les maladies transportables.

C'est pourquoi, ce me semble, on comprend que l'application des mesures de police médicale rencontre de si grandes difficultés.

L'institution des quarantaines ordinaires est-elle suffisante pour arrêter cette maladie ? Le choléra se communique, non pas directement d'un individu à l'autre, c'est-à-dire par le contact, mais il se trouve répandu dans l'atmosphère qui l'entoure, et dans ce cas, *est-il possible de trouver quelque moyen pour se soustraire à ses atteintes ?* Si, lorsque la petite vérole, la rougeole, la scarlatine et d'autres maladies semblables exercent leurs ravages, les mesures des quarantaines sont tellement insuffisantes, que les mé-

decins sont obligés d'avoir recours à différents préservatifs ; appliquées au choléra, elles le deviennent bien plus encore, puisque presque toute la masse du peuple se trouve exposée à la malignité de son influence.

Quoi qu'il en soit, la faculté qu'a cette maladie d'être transportable à différentes distances exige des mesures particulières, pour en restreindre autant que possible le développement. Chaque maladie épidémique demande des mesures particulières. La surveillance des finances publiques, les règlements des quarantaines, l'inoculation de la vaccine, etc., sont des choses d'une utilité incontestable, chacune en son temps. Sous ce rapport, il pourra bien arriver aussi que, pour arrêter la marche du choléra, on découvre des moyens spéciaux ; mais ce sera l'affaire de la police médicale d'en déterminer l'emploi.

THÉRAPEUTIQUE. — 6. *Le choléra à Paris.— Traitements qui ont été le plus généralement employés.*

(Revue médico-chirurgicale, avril 1849.)

Établissons d'abord comme un fait général, et ne reconnaissant que de rares exceptions, que le choléra est précédé et comme annoncé par une diarrhée à laquelle on a donné le nom de cholérine. On peut discuter sur le rapport plus ou moins direct de la cholérine avec le choléra ; il est très-certain que beaucoup de sujets gardent leur diarrhée sans y rien faire, ou même essayent en vain de l'arrêter, sans avoir pour cela le choléra ; mais il n'est pas moins certain que le choléra est précédé par la diarrhée au moins 19 fois sur 20, et qu'ainsi, en supprimant le prodrome, on a toute chance d'éloigner la maladie.

La cholérine a été combattue par différents moyens; le traitement banal consiste dans l'eau de riz pour boisson avec les lavements d'amidon bouilli; et fréquemment cela suffit, mais souvent aussi l'on échoue, et il faut recourir à des moyens plus puissants.

Les tisanes plus efficaces sont celles qui sont faites avec les plantes aromatiques; l'infusion de camomille, de mélisse, etc.; on y peut rallier l'infusion du stachys, apporté d'Orient comme un moyen contre le choléra lui-même. On ajoute aussi à l'efficacité des lavements en y associant le laudanum ou le diascordium.

Tous les opiacés ont été vantés, tous ne réussissent pas également bien ; M. Malgaigne donne l'extrait d'opium jusqu'à

la dose de 40 centigrammes par jour, et toutefois, il ne s'en loue pas autant que du laudanum ; ce qu'il attribue à l'arome du safran combiné à l'opium. Il donne le laudanum par la bouche jusqu'à la dose de 80 gouttes dans une potion ; en lavement, à la dose de 10, 15 et 20 gouttes par quart de lavement amidonné, répété autant que de besoin.

Le laudanum échouant, le diascordium pris par la bouche, à la dose d'un gramme et plus, réussit quelquefois davantage. Enfin, contre des diarrhées plus rebelles, M. Malgaigne a eu recours aux pilules suivantes où l'opium est associé à un drastique ;

Prenez : Gomme gutte. . . . . 20 centigrammes.
Extrait gommeux d'opium. . . . . 50 —

Pour 10 pilules : à prendre une toutes les quatre heures, et même à intervalles plus rapprochés.

M. Koreff a employé avec succès la noix muscade ; un essai fait à Saint-Louis a accru les coliques et la diarrhée ; la décoction de colombo n'a pas mieux réussi. Un autre remède quasi homœopathique a été essayé dans le même hôpital avec des succès remarquables, mais qui sont loin d'être constants, contre les diarrhées rebelles ; en voici la formule :

Prenez : Acide phosphorique . . . . . 3 centigrammes.
Acide nitrique. . . . . 2 gouttes.
Pour un litre d'eau distillée : trois cuillerées par jour.

Enfin, M. J. Guérin a rapporté à l'Académie qu'il a obtenu des succès à peu près constants dans la cholérine, par l'emploi de l'ipéca à dose vomitive. Nous avons également vu employer ce moyen avec avantage, bien qu'il soit aussi comme tous les autres sujet à échouer.

Si la diarrhée résistait à tous ces moyens, le malade ferait sagement de garder le lit, de faire diète, jusqu'à ce que, par la combinaison des médications précédentes ou par d'autres tentatives, on soit parvenu à supprimer le dévoiement.

Mais le choléra enfin définitivement déclaré, que faut-il faire? Question difficile, aussi difficile aujourd'hui qu'en 1832. Les médications employées contre la cholérine sont encore celles qui sont adoptées le plus généralement contre le choléra ; les moyens empiriques, les panacées de tout genre, n'ont presque jamais tenu leurs promesses.

Le choléra se termine de trois manières :

Ou bien il continue son cours, avec les crampes, la cyanose, l'absence du pouls jusqu à la mort, qui arrive en peu d'heures ; tout ce qu'on peut faire est inutile : c'est le choléra asiatique pur ;

Ou bien la réaction s'opère assez vite, mais en laissant toute

l'économie empreinte d'un affaissement typhoïde, les malades vont en s'éteignant en trois, quatre, six jours et même plus; c'est le choléra typhoïde. La médecine est de même à peu près impuissante ;

Ou bien enfin, si avancé qu'il paraisse, le choléra s'arrête tout à coup ; une réaction franche s'établit ; le malade est sauvé, et quelquefois même des sujets épuisés par d'autres maladies ont véritablement dû à cette réaction une vigueur nouvelle et inattendue.

Or, cette réaction salutaire s'opère bientôt en dehors de tout traitement, quand le médecin a déjà désespéré de son malade; et tantôt durant l'administration d'un traitement quelconque, auquel on ne manque pas d'en rapporter tout l'honneur.

Nous ne voulons pas cependant que le praticien reste contemplateur inactif de cette lutte terrible entre la vie et la mort; mais nous désirons aussi qu'il n'attache pas aux médications les plus vantées une confiance extrême et trop mal justifiée par les résultats. Sous le bénéfice de ces réserves, nous allons procéder à l'inventaire des principaux traitements préconisés dans les hôpitaux de Paris contre le choléra.

1° *Le sesqui chlorure de carbone.* — Essayé sur trois sujets dans le service de M. Malgaigne, dans deux cas les accidents ont suivi un cours rapide jusqu'à la mort ; dans le troisième, il y a eu une réaction typhoïde à laquelle le sujet a succombé ;

2° *Le chlorure de soude* (sel commun) *à haute dose.* — Employé par M. Oulmont, chef de clinique de M. Fouquier, à la Charité, selon la formule suivante :

Prenez : Sel marin . . . . . 12 grammes.
Eau de gomme. . . . . 120 —
A prendre par cuillerée de demi-heure en demi-heure.

Quelques succès frappants ont suivi cette médication, et fait concevoir d'abord de grandes espérances, dont il a fallu bientôt rabattre un peu. Quoi qu'il en soit, chez quelques sujets, cette potion a pu arrêter subitement les vomissements et la diarrhée ; chez d'autres, elle a ramené les déjections au caractère bilieux, et préparé ainsi une solution favorable. Chez d'autres enfin, les accidents ont continué comme auparavant.

3° *Le nitrate d'argent en lavements.* — A la dose de 15 centigrammes sur 150 grammes d'eau distillée ; comme toujours, on dit en avoir rétiré de bons effets ; nous nous bornerons à remarquer que cette médication a été employée à la Salpêtrière, où la mortalité a été jusqu'ici de 72 sur 100.

4° *Le chloroforme* — En frictions contre les crampes; en inhalations contre les autres accidents. Toujours de bons effets, à la suite desquels on l'a à peu près abondonné. Nous en dirons autant du *haschich*, dont l'action se rapproche du chloroforme.

5° *L'hydrothérapie ; les douches froides*, etc. — L'hydrothérapie avait donné à Burguières, à Smyrne, quatre guérisons sur six sujets; encore les deux autres étaient déjà, dit-il, *presque des cadavres*. Nous avons ouï répéter cette formule en faveur de toutes les médications qui échouaient. On n'en cite pas encore un succès complet obtenu à Paris.

6° *Le traitement mercuriel.* — M. Serres, regardant le choléra comme une fièvre typhoïde pernicieuse, a voulu lui appliquer le traitement mercuriel qu'il préconise également contre la fièvre typhoïde. Il a donc employé concurrement : 1° les quarts de lavement amidonnés avec 20 centigrammes de camphre, 20 centigrammes de sulfate de quinine et 6 gouttes de laudanum ; 2° les onctions mercurielles sur l'abdomen ; 3° le sulfure noir de mercure en pilules; 4° la potion antiémétique de Rivière. — Le 6 avril, 16 malades avaient été ainsi traités; 12 étaient guéris ou en voie de guérison. — M. Serres a son service à la Pitié; le 16 avril, la Pitié comptait 86 morts sur 170 malades.

7° *Le stachys anatolica.* — Envoyé d'Orient à l'Académie de médecine, avec de tels éloges, qu'au ministère du commerce les employés, fort curieux d'un remède aussi souverain, avaient fait leur petite provision aux dépens de l'Académie. — Expérience faite, il s'est trouvé que le stachys possédait à peu près autant de vertus que la menthe ou la camomille.

8° *Les truffes.* — Médication au moins très-originale, imaginée par M. Devergie, et appliquée à l'hôpital Saint-Louis. On fait avec les truffes une décoction, des pilules, de l'eau distillée, etc. M. Devergie dit en avoir retiré de notables avantages, ce qui n'empêche pas l'hôpital Saint-Louis de compter, au 16 avril, 57 morts sur 113 malades.

9° Pour compléter cette liste, nous y ajouterons l'indication d'un nouveau moyen sur lequel M. Koreff nous communique la note suivante :

Du tannin contre le choléra. — « M. le docteur Graefe et d'autres médecins ont employé le tannin en solution avec succès contre la diarrhée, le vomissement et la cyanose. Il faut que ce soit en solution dans un véhicule dont les éléments constitutifs ne sont pas décomposés par le tannin comme pour les alcaloïdes végétaux. La formule suivante a paru la meilleure :

℞ Tannin. . . . . 2 grammes.
Eau spiritueuse de cannelle. . 90 —
Mucilage de gomme arabique. . 90 —
Une grande cuillerée toutes les demi-heures.

« On diminue la fréquence des doses avec l'intensité des symptômes. Il faut que cela soit absolument en solution.

« Plusieurs fois on a retrouvé le tannin dans l'urine et dans les matières stercorales consécutives, qui étaient toujours très-dures. Le maximum du tannin, dont on a eu besoin dans 24 ou 30 heures, était de 8 grammes.

« La rapidité avec laquelle l'amélioration dans des cas presque désespérés, déjà sans pouls, s'est montrée, a vivement étonné les observateurs »

Au total, avec des médications si diverses, la proportion de la mortalité est à peu près la même dans la plupart de nos grands hôpitaux ; bien plus, l'Hôtel Dieu, qui n'a point encore apporté de remèdes spécifiques, n'a jusqu'ici que 98 morts sur 217 malades. Qu'en conclure ? C'est que chaque praticien doit, en face d'un sujet cholérique, étudier les indications les plus pressantes, s'inspirer de son propre génie, et se faire sa propre méthode, sans s'astreindre à tel ou tel traitement déterminé à l'avance ; — et qu'il vaut infiniment mieux s'attacher à prévenir le choléra, encore à l'état de cholérine, que d'avoir à le guérir à l'état de choléra confirmé.

---

7. *Considérations sur les inconvénients et les dangers des saignées générales et locales trop répétées et sur un moyen certain d'obtenir, dans la plupart des cas, tous les avantages des émissions sanguines sans épuiser les forces ;* par T. Junod, docteur en médecine. (Mémoire lu à l'Académie des sciences le 19 février 1849.)

(Revue médicale, février et mars 1849.)

De tous les moyens thérapeutiques employés depuis la plus haute antiquité, la saignée est celui qui a éprouvé le plus de variations dans la confiance des médecins. L'énergie, la puissance de ce moyen, son influence extrême et rapide, sur les organes et sur les fonctions, ses avantages éprouvés, ses inconvénients non moins incontestables, le bien et le mal qu'il peut produire, primitivement ou consécutivement, en un mot les profondes perturbations qu'il imprime à l'économie expliquent suffisamment ces vissicitudes d'opinion des médecins sur les émissions sanguines. Tantôt on les a exaltées au delà des bornes de la vérité, tantôt, au contraire, elles furent dépréciées sans mesure ; on les a regardées comme un moyen sûr de détruire

rapidement le principe morbifique, de *juguler*, comme on a dit, les maladies. D'autres fois, on a considéré leur emploi comme une méthode d'autant plus dangereuse qu'en épuisant la source du sang, elle tend à tarir celle de la vie; ainsi, il n'est pas de systématique croyant avoir fait une théorie définitive sans exception et sans appel, qui ne se soit prononcé pour ou contre la saignée, d'après ses vues particulières, et l'application de son principe fondamental; les fastes de la médecine abondent en preuves de ce que nous venons de dire.

A la vérité, les praticiens sages et prudents, se gardant bien de s'abandonner aux idées exclusives dans une matière toute de faits et d'expérience, tâchent de se maintenir, autant que possible, dans le point de vue rigoureux des indications et des symptômes; nous disons autant que possible, parce que, dans une foule de cas, il est très difficile d'apprécier avec justesse le nombre des saignées à pratiquer, la quantité de sang à évacuer, quantité nécessairement variable suivant une infinité de données qui se tirent de la maladie, de son intensité relative, de la constitution, de l'âge des sujets, données qui compliquent singulièrement le problème à résoudre. Mais qu'arrive-t-il en général? C'est là le point sur lequel nous voulons appeler spécialement l'attention des praticiens: c'est qu'on insiste beaucoup trop sur les émissions sanguines, et bien que la tendance pratique, si l'on veut ainsi s'exprimer, déterminée par Broussais, ait perdu de son caractère d'exagération, on veut maîtriser la marche de la maladie, l'enchaîner, l'affaiblir immédiatement, on s'efforce de précipiter sa marche, on désire hâter la solution, et très souvent le succès n'est qu'apparent quand on l'obtient: on affaiblit, on énerve le malade, on le prédispose tantôt à une prolongation indéfinie de l'affection pathologique dont il s'agit, tantôt à des maladies ultérieures, souvent inévitable résultat d'une méthode thérapeutique dont l'application n'a été ni mesurée ni calculée. En effet, si, après avoir fait une statistique des cas où des saignées multipliées ont été avantageuses, il était possible de suivre, *un à un*, tous les individus qui ont servi à cette statistique, on pourrait constater les inconvénients des saignées ainsi prodiguées, et compter, dans un espace de temps plus ou moins étendu, les affections chroniques dues aux émissions sanguines précédemment employées sans trop de prudence. Or, qu'on juge de ceux que des résultats marqués n'ont pas permis de comprendre dans ces statistiques, dont les chiffres ne sont pas toujours, il faut le dire, les représentants de la vérité.

Mais ce qui trompe en général, ce qui séduit quand on a re-

cours au moyen curatif énergique dont il s'agit, c'est que presque toujours, après son emploi, il y a rémission dans les symptômes, allégeance de la douleur, diminution sinon réelle, au moins apparente de la maladie. Disons-le franchement, bien des praticiens exercés ont échoué contre cet écueil ; car l'abaissement des forces, cette diminution de la vitalité, peuvent entrer dans leurs vues, et sont regardées comme une indication à remplir ; mais sans crainte d'être démenti, nous pouvons affirmer qu'il est bien rare qu'on n'aille pas au delà d'une certaine limite. Bien souvent on se laisse aller à prodiguer les émissions de sang, au risque d'amener plus tard de graves inconvénients, mais qui n'entrent jamais qu'à un faible degré dans les prévisions du médecin. Quoi de plus aisé, en effet, que de diminuer l'action vitale, et par conséquent les douleurs, l'hypérémie inflammatoire, lorsqu'on ne craint pas de déterminer une déplétion sanguine considérable ; mais aussi, quoi de plus difficile que de relever l'état normal des forces, de rétablir la vigueur primitive de l'économie, de lui rendre son énergie, sa tonicité habituelle ? Il y a des exemples qu'une seule saignée, faite mal à propos, a imprimé pour le reste de la vie un cachet irremédiable de faiblesse et d'inertie vitale.

Quelque partisan éclairé qu'on soit des émissions sanguines multipliées, il est donc impossible de nier, comme nous venons de le dire, que leur effet est d'affaiblir et d'énerver directement l'économie, et dans une mesure qu'il n'est pas toujours possible d'apprécier avant l'emploi de ce moyen. Ne voit-on pas souvent une saignée prolongée déterminer la pâleur, l'affaissement du pouls, la gêne de la respiration, le refroidissement des extrémités, des syncopes, quelquefois mêlées de convulsions et toujours un sentiment plus ou moins prononcé de défaillance qui s'étend à tout le système de l'économie ? Chaque saignée, en particulier, peut bien ne pas produire de pareils accidents, mais leur nombre, leur répétition portée trop loin, les amènent infailliblement.

Quant aux effets consécutifs et qui ont presque toujours lieu, quoiqu'à des degrés différents, ils ne sont pas moins marqués et certainement plus dangereux. En général, la peau se décolore et devient blafarde, le tissu cellulaire s'infiltre de sérosité, surtout aux extrémités inférieures ; les forces digestives, et particulièrement celles de l'estomac, languissent inévitablement. La même impression débilitante se remarque sur les agents de la vie de relation, sur l'appareil locomoteur et sur les organes des sens. Les forces musculaires diminuent, quelquefois même très-rapidement et les malades se sentent frappés d'une sorte

d'impuissance d'action. Les yeux surtout, lorsqu'ils sont primitivement faibles, se ressentent ordinairement de l'action énervante des émissions sanguines, même modérées, et ce préjugé populaire que les saignées affaiblissent la vue n'est pas, comme on le voit, tout à fait dénué de fondement. Ces fâcheux effets, ainsi qu'on peut le voir, sont d'autant plus prononcés que, toutes choses étant égales d'ailleurs, la perte de sang a été plus abondante et plus répétée, et cependant ils se manifestent; c'est là, comme on le sait, ce qui détermine souvent ces convalescences prolongées, interminables, si difficiles à diriger, qu'on remarque après les maladies graves pour peu qu'on ait abusé des saignées. Ajoutons que cet affaiblissement prédispose singulièrement à un grand nombre de maladies, notamment à celles qui sont le résultat des infectious miasmatiques, ce qu'on voit pendant certaines épidémies, dans les pays marécageux et dans les hôpitaux.

Si maintenant on recherche la cause de tant d'accidents, d'inconvénients et de fâcheux résultats, que nous ne pouvons qu'esquisser ici, certes il n'est pas difficile de le reconnaître; c'est que les émissions sanguines enlèvent au sang une grande proportion de fibrine et de globules, éléments constituants les plus essentiels de ce fluide, c'est qu'elles disposent de cette manière à la pléthore séreuse, ce signe infaillible d'anémie et de faiblesse organique. Enlever la partie colorante et fibrineuse du sang, n'est-ce pas enlever sa partie vitale, et par cela même priver chaque organe, en particulier, de la mesure de sang normal, de nutrition, de chaleur, et de force vitale qui lui revient? On voit maintenant, avec une palpable évidence, comment la saignée peut devenir le moyen le plus promptement, le plus éminemment, le plus directement désorganisateur de l'économie. L'expérience et le raisonnement, les faits et les chiffres, concourent à prouver la réalité de cette assertion. On a dit, d'après Paul Zacchias et Bordeu, *que le sang était une chair coulante*; sans doute, mais c'est aussi la source de tous les éléments, de tous les principes constituants de l'organisation.

Remarquons en outre qu'il est un nombre infini d'individus, par les motifs que nous venons d'exposer, chez lesquels les inconvénients des émissions sanguines se manifestent très-promptement, et avec intensité; ce sont les enfants, les vieillards, la plupart des femmes, c'est à-dire les trois quarts de la société. On fait saigner des enfants, et nous ne l'ignorons pas, on les soumet à des pertes de sang quelquefois considérables, par l'application des sangsues; mais aussi à combien d'inconvénients, et d'accidents ne les expose-t-on pas? Il en est de même des

vieillards chez lesquels l'on prend très-souvent la dureté du pouls pour un état pléthorique, qui n'est qu'imaginaire. Les personnes nerveuses, maintenant en si grand nombre à cause de notre civilisation extrême, pourraient être rangées dans la catégorie de celles dont l'économie ne peut subir que difficilement les émissions sanguines. Le sang est le modérateur des nerfs : vieille maxime des médecins praticiens, fondée sur une expérience tellement irrécusable, que la négliger par ignorance ou par erreur systématique, c'est exposer les malades aux plus graves accidents, et nous pourrions en citer de nombreux et célèbres exemples (1). Effrayés de ces accidents, plus multipliés encore qu'on ne le croit dans la pratique ordinaire, des adversaires prononcés des saignées ont dit que la vie étant dans le sang, la saignée était un *commencement d'assassinat*. Loin de nous la pensée d'adopter ce principe, qui a tous les caractères d'une exagération hyperbolique ; on peut dire néanmoins qu'il y a ici un côté vrai, médicalement ou cliniquement parlant.

On dira, sans doute, que nous ne parlons que des inconvénients, des accidents produits par l'abus des saignées, mais que les avantages des émissions sanguines sont aussi incontestables ; qu'il est une foule de cas pathologiques où la soustraction du sang, plus ou moins répétée, diminuant l'état d'orgasme général, tempérant l'effort excessif de la réaction, facilite les mouvements, détermine un relâchement salutaire, prépare les crises et hâte ainsi la solution heureuse de la maladie ; qu'il ne *s'agit* que de proportionner les émissions sanguines à l'intensité de l'affection pathologique, à son siége, à sa nature, à ses complications, ainsi qu'à l'âge des individus, à leur tempérament, à leurs habitudes, etc., en un mot, qu'il faut saigner d'après les indications, et que c'est précisément en cela que consiste le tact du vrai praticien. Tout cela est vrai ; mais est-il donc toujours facile d'apprécier la quantité de sang qu'il est utile d'évacuer ? rien de plus aisé que d'énoncer ou d'écrire de pareils préceptes, rien de plus difficile souvent que de les mettre en pratique : en deça d'une certaine limite on n'obtient aucun avantage ; au delà de cette limite, si facile à franchir, se manifeste la série des inconvénients dont nous avons parlé, inconvénients d'autant plus graves que la partie essentielle du sang, nous le répétons, la partie nutritive du sang, qui se perd dans les saignées, est celle qui se répare le plus lentement, le plus difficilement, considération qui devrait arrêter ceux qui prodiguent le sang pour ob-

(1) Quand ce ne serait que celui du grand peintre Raphaël, si bien attesté par les historiens contemporains.

tenir des succès douteux ou momentanés. Il est dailleurs si peu facile d'évaluer au juste la perte produite par une application de sangsues, qu'on a vu souvent un affaissement considérable en être le résultat, quand il y avait toutes les probabilités contraires. Il est ainsi des cas où le moyen qu'on emploie détermine, malgré l'intention du praticien, une perte de sang considérable. Qui n'a pas remarqué chez les femmes, chez les individus dont le réseau capillaire cutané est naturellement ou accidentellement très-développé, notamment chez les enfants, un petit nombre de sangsues déterminer des hémorrhagies prolongées, par cela même dangereuses et quelquefois mortelles ? Ces faits sont fréquents, vulgaires mêmes, mais ils n'en ont pas moins un très-haut degré d'importance ; on remarquera que nous ne parlons pas d'autres accidents, résultats d'une irritation fluxionnaire qui dégénère en érysipèle, en inflammation du derme, produite ou par une disposition particulière ou par des sangsues, aujourd'hui *si chères*, *si malsaines*, *si falsifiées*, si l'on peut ainsi s'exprimer.

Mais allons plus loin encore : il est des cas pathologiques, où il y a tout à la fois indication formelle de la saignée et contre-indication non moins évidente de recourir à ce moyen, tirée de la constitution même du sujet. Ces cas, comme on le sait, ne sont que trop fréquents : alors comment faire ? quelle conduite tenir ? Dans la pseudo théorie d'une certaine école, il ne faut pas hésiter, on peut hardiment multiplier les saignées, diminuer le plus possible la quantité de sang afin de faciliter la résolution de l'engorgement hypérémique de l'organe malade. Malheureusement la nature n'a pas toujours ratifié de pareils principes. L'expérience a démontré, au contraire, que la soustraction du sang n'est pas un remède infaillible contre l'inflammation, et que dans certains cas le mouvement fluxionnaire, ou, si l'on veut, le *stimulus* qui détermine le sang à se porter sur un organe malade, loin d'être affaibli, semble au contraire acquérir un nouveau degré de violence après chaque saignée. Que faire en pareil cas ? Faudra-t-il multiplier les saignées, sans fin, sans mesure ? Il n'en saurait être ainsi, quand on veut épargner la vie et rétablir la santé du malade. Certaines inflammations locales, tenaces, chroniques, présentent ces circonstances. Voici encore d'autres cas pathologiques que nous présentons pour servir d'exemples Un homme est atteint d'hémoptysies répétées, on le saigne plusieurs fois, le crachement du sang s'arrête, puis il reparaît à des intervalles plus ou moins éloignés, mais l'individu est faible, pâle, énervé, le saignera-t-on de nouveau ? évi-

demment il y a nécessité de s'abstenir pour ne pas compromettre l'existence du malade.

Un autre individu est atteint d'hypertrophie du cœur à un degré plus ou moins intense; la saignée le soulage, mais on craint, avec raison, qu'en multipliant les émissions sanguines, la pléthore séreuse, annonçant la décomposition du sang, se manifeste, et l'on s'abstient. Cependant le malade souffre, *étouffe*, selon son expression, et de nouvelles saignées le soulageraient, il les réclame, que fera-t-on? Il en est de même de l'asthme, des étourdissements, des attaques d'apoplexie faibles et réitérées, ou lorsqu'il s'agit de ramener promptement à la surface le sang qui opprime des organes essentiels à la vie, chez les malades trop faibles pour supporter les émissions sanguines, comme cela s'observe dans certains cas de fièvre typhoïde ou de choléra (1).

Dans cette perplexité, fatigante pour le praticien, dangereuse pour le malade, le médecin ne devrait-il pas regarder comme une méthode heureuse, nous disons plus, et avec confiance, comme une ressource infiniment précieuse, un procédé de dérivation, qui s'appuie à la fois sur la connaissance des lois de la vie et sur l'observation clinique la plus avérée, procédé qui réunit, le plus ordinairement, tout les avantages des saignées, sans en avoir les inconvénients, procédé à l'aide duquel on peut lutter contre le mouvement fluxionnaire sans retirer une goutte de sang ni diminuer proportionnellement l'énergie vitale, opérer une révulsion puissante, graduée, répétée, sans crainte de réaction subséquente; soulager un organe ou un appareil organique, congestionnés, sans risquer de nouvelles congestions, favoriser, provoquer les crises, abaisser, modérer l'activité circulatoire, sans redouter un résultat d'affaissement et d'anémie, moyen auquel on peut recourir à chaque instant en toute sécurité, selon qu'on le juge convenable; moyen que les individus, de tout âge, de tous les tempéraments peuvent supporter? Il n'y a point là de saignée *spoliative* du sang, trop souvent spoliative de la force et de la vie, et par conséquent point de crainte de ces convalescences interminables, qui s'observent fréquemment à la suite des maladies traitées par des saignées générales ou locales exagérées. Voilà bien des promesses, dira-t-on. Sans doute, et cependant nous pouvons dire, avec cette plénitude et cette hardiesse de conviction que donne la sanction de l'expé-

(1) Durant l'invasion du choléra en 1832, nous avons eu fréquemment l'occasion de constater les bons effets de notre dérivation, notamment dans le service de M. Bally, à l'Hôtel-Dieu.

rience, qu'il n'y a rien là d'exagéré. D'ailleurs, la grande et imposante voix de l'Académie des sciences s'est fait entendre dans le temps en faveur du procédé dont nous parlons et les observations cliniques qui, depuis, se sont multipliées, n'ont fait que confirmer le jugement de l'illustre Compagnie. Ainsi, il y a tout à la fois assentiment des plus grandes autorités médicales, démonstration rationnelle et expérimentale.

Notre méthode est connue ; elle consiste dans une révulsion puissante, qu'on gradue cependant à volonté d'après les effets qu'on veut produire. Cette révulsion s'opère au moyen d'un *appareil* qui, faisant le vide sur une large surface du corps, y attire une masse de sang proportionnée à la force aspirante qu'on emploie : c'est la méthode que nous avons nommée *hémospasique*, et qui consiste dans l'application de nos grandes ventouses.

Ses avantages, sur lesquels il nous serait facile de donner de plus amples détails, peuvent se reduire aux suivants :

1° *Révulsion* et *congestion* sanguines artificielles, sur une partie éloignée de l'organe malade, ordinairement sur l'une des extrémités inférieures ; 2° révulsion toujours mesurée, graduée, selon les effets qu'on veut produire, puisque l'instrument agit absolument dans une proportion géométrique ; 3° à la révulsion sanguine s'ajoute nécessairement celle de la chaleur, de l'action nerveuse, qui a bien aussi sa part d'influence thérapeuthique ; 4° ce mouvement de révulsion, se faisant toujours du centre à la périphérie, est toujours salutaire, comme on sait, dans le cours des maladies ; 5° enfin, dans certains cas, il se manifeste, ou l'on provoque à volonté, une sorte de perturbation générale dont les effets ont

été constamment utiles, effets que l'on attendrait en vain des moyens thérapeutiques fondés sur la physiologie des organes. Nous n'avançons rien qu'il ne soit facile de vérifier par les faits; or, le sens commun médical démontre, qu'appuyé sur l'expérience, nous ne nous sommes point aventuré à des conséquences hâtives, à des conclusions précipitées, et qu'il n'y a dans nos paroles pas plus d'exagération que d'illusion.

Maintenant on se demande comment un pareil moyen thérapeutique, reconnu bon et utile par l'Académie des sciences, dont les avantages ont été appréciés dans les hôpitaux et dans la pratique civile, que l'administration des hospices a adopté pour les établissements qu'elle dirige, qui a pour lui une foule d'attestations et de témoignages des praticiens les plus célèbres de la capitale, comment ce moyen n'est pas devenu d'un usage universel dans la pratique, et comment on n'y a recours que trop tard, quand la mort est imminente et qu'à la lettre, on ne sait *plus que faire*? Rien de plus vrai. On le loue et on le néglige, *laudatur et alget,* affligeant contraste qui frappe les bons esprits. La réponse à ces diverses questions se trouve dans cette sorte d'indifférence et d'apathie, qui semble étouffer et obscurcir d'abord toute découverte scientifique. Nous le disons avec franchise : on veut le progrès et l'on reste dans l'ancienne routine, on désire que l'art se perfectionne et l'on redoute toute tentative d'application, tout effort d'examen. On aime mieux rester stationnaire que d'essayer, de voir, de faire, de rejeter ou d'adopter ce qui peut changer ou modifier des méthodes, ou des procédés thérapeutiques. C'est ainsi que d'utiles inventions, des découvertes précieuses ont été oubliées ou du moins indéfiniment ajournées. Non, il n'est pas si difficile de trouver une vérité, de faire une découverte, de perfectionner les appareils qu'elle nécessite, que de lui faire donner le droit d'adoption dans les esprits contemporains. Toutefois on a beau faire, ce qui est bon, ce qui est véritablement utile en médecine, résiste à tout : nous en avons, pour garants, le temps, les hommes sensés et les praticiens judicieux.

---

8. *De l'emploi du fruit du sapindus rubiginosus ou tampayang dans le traitement des affections gastro-intestinales et de la cholerine*; par M. L. Piéplu, médecin de la Faculté de Paris.

(Gazette médicale de Paris, N° 18; 1849.)

Depuis 1845, je me suis livré à des recherches minutieuses sur l'action thérapeutique que peuvent avoir les fruits du *sapindus rubiginosus*, fruits dont j'ai déjà fait l'historique dans la

Gazette Médicale (n° 19). Je puis donc établir que ce fruit, administré à haute dose, est appelé à rendre de grands services dans le traitement de la maladie épidémique qui règne à Paris depuis six semaines. Depuis 1843, je l'administre sous toutes les formes, toutes les fois qu'un flux immodéré est difficile à réprimer ; par conséquent j'ai pu me convaincre de son efficacité. Je me bornerai dans cette lettre à faire connaître les succès que j'en ai obtenus dans les affections qui se rencontrent dans les prodromes du choléra, quelle que soit leur nature.

Parmi les nombreuses observations de diarrhées que j'ai recueillies dans ma pratique, la plus grande partie a cédé à l'emploi du péricarpe pulvérisé de ce fruit, pris à la dose de 2 à 4 grammes toutes les heures, délayé dans un demi-verre d'eau sucrée ou de tout autre véhicule approprié. J'ai obtenu les mêmes avantages de l'infusion de six à huit fruits par bouteille d'eau chaude et de la gelée du pericarpe à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les heures.

Comme la généralité des médecins s'accordent à reconnaître que le choléra est toujours précédé de troubles de l'appareil digestif (que nous baptisons du nom de cholérine), quel que soit le diagnostic que l'on porte à ce sujet, il est très-urgent de réprimer au plus tôt toute espèce de dérangement gastro-intestinal, annoncé soit par diarrhée, dyssenterie, envies de vomir et par des vomissements même. Ce fruit, dans ces affections si multipliées, m'a rendu les plus grands services ; aussi l'ai-je préféré à une foule de médications systématiques proposées. J'ai pourtant obtenu des succès de l'emploi du sous-azotate de bismuth donné à grandes doses (de 30, 40, 45, 50 à 60 grammes dans la journée) ; mais l'infidélité dans la préparation de ce sel. que j'ai été à même de juger par l'analyse, m'en a fait suspecter l'emploi. A cette occasion, plusieurs pharmaciens ont renvoyé leur sous-azotate chez le chimiste qui le leur avait fourni. Je lui avais reconnu une saveur analogue à celle du sulfate d'alumine du commerce, et l'eau dans laquelle je l'ai délayé rougissait d'une manière frappante le papier de tournesol. Préparé fidèlement, il peut rendre de très-grands services, ce qui me fait appuyer en bonne conscience l'emploi qu'en a fait l'estimable investigateur, M. le docteur Monneret.

Ce qui m'a le mieux réussi dans le choléra asiatique, ce sont les bains entiers additionnés du mélange suivant :

Prenez :	Sulfate acide de fer.	500,0
	Camphre pulvérisé.	60,0
	Farine de moutarde.	500,0
	Mêlez.	

Je fais prendre jusqu'à deux bains par jour.

Immédiatement après la sortie du bain, je fais frictionner l'abdomen avec la pommade phosporée.

Prenez :	Axonge.	30,00
	Phosphore.	0,40
	Mêlez.	

On peut rendre le camphre miscible à l'eau au moyen de la magnésie.

---

9. *Des diverses médications employées dans les hôpitaux, et des rapports numériques des guérisons et de la mortalité avec ces médications.*

(Gazette médicale de Paris, N° 19, 1849.)

Nous allons consacrer cette *Revue clinique* au résumé des méthodes thérapeutiques et à l'examen des différentes particularités de traitement propres à chaque hôpital et à chaque médecin des divers établissements hospitaliers de Paris. Nous mettrons en regard les résultats numériques de la mortalité et des guérisons. Notre but, en établissant et en présentant ce tableau comparatif, est moins de juger aujourd'hui les vues et les efforts des honorables praticiens des hôpitaux, que de poser les premières bases d'une appréciation qui ne pourrait d'aucune façon être complète aujourd'hui. C'est donc plutôt un appel à l'attention de nos lecteurs et une espèce d'inventaire propre à les diriger qu'un jugement définitif, et encore moins une conclusion.

Pour ne pas être entraînés à des répétitions fastidieuses et inutiles, voici la marche générale que nous nous proposons de suivre. D'abord quelques observations sur les conditions spéciales d'exposition, de salubrité, d'aération, d'encombrement de chaque hôpital, sur les avantages et les inconvénients de ces conditions, sur les classes de malades qui y sont traités, et pour les hospices, sur les circonstances particulières d'âge et de sexe des sujets qui y sont admis, etc.; en un mot, sur toutes les circonstances étiologiques secondaires qui peuvent avoir concouru aux résultats obtenus, et fait varier d'une manière quelconque les chiffres de la mortalité et de la guérison, quels que soient d'ailleurs les moyens thérapeutiques employés.

Bien que, dans chaque hôpital, il y ait un certain nombre de services différents, et par conséquent des méthodes de traitement également différentes et souvent même diamétralement opposées, nous ne pouvons jusqu'ici que présenter un résumé général du mouvement de chaque hôpital, en regard des méthodes et des

procédés mis en usage. Nous ne décomposerons pas le chiffre général de chaque établissement pour établir celui de chaque service en particulier ; toutefois, lorsqu'il y aura des oppositions capables, à notre sens, de faire varier d'une manière notable les résultats, nous chercherons à les apprécier, et à faire en quelque façon le décompte et la part de chacun.

Notre point de départ sera le mouvement des hôpitaux arrêté à la fin de la semaine dernière. Si, comme il est à craindre, l'épidémie est loin encore de toucher à sa fin, et si surtout de nouvelles phases de la maladie et de nouveaux moyens de traitement sont mis en lumière, nous nous ferons un devoir de revenir avec détail sur tous les faits propres à compléter nos précédentes *Revues*, de manière à ne laisser dans l'ombre aucun point d'une importance réelle. Pour aujourd'hui, nous nous en tiendrons à notre résumé thérapeutique général. Nous passerons en revue les hôpitaux suivant leur ordre d'importance.

Hôtel-Dieu. — L'Hôtel-Dieu reçoit des malades de tout âge, des deux sexes, et généralement des sujets appartenant à un quartier pauvre et malheureux, où les excès sont habituels. L'établissement passe en général pour être un des moins salubres de la capitale. Sa situation sur la Seine, le nombre des services agglomérés dans un petit espace, la situation de quelques salles mal aérées, et par-dessus tout l'encombrement, telles sont les conditions sanitaires de l'Hôtel-Dieu.

En ce qui concerne les médecins, l'Hôtel-Dieu réunit en premier lieu les chefs et les sommités de l'École de Paris proprement dite. Rappeler que MM. Chomel, Louis, Rostan, y enseignent et y pratiquent, c'est laisser prévoir que les vues pathologiques y seront inspirées par l'organicisme éclairé de toutes les lumières d'une analyse anatomique et physiologique approfondie, et la thérapeutique réglée par une sage appréciation des effets des médications en rapport avec les principaux groupes de symptômes qu'elles sont destinées à combattre. C'est donc une médecine en quelque façon anatomo-physiologique, prenant pour guides les groupes d'appareils et les groupes de symptômes, et pour moyens les médications dont l'École de Paris a cherché à déterminer la théorie physiologique.

Ces honorables chefs de service, et les autres praticiens de l'hôpital qui procèdent de la même École, offrent donc une pratique à peu près uniforme, dont les moyens répondent à peu près aux principaux groupes de symptômes de la maladie.

Ainsi, contre la diarrhée, la plupart emploient l'opium et ses

préparations, les astringents, et tous rejettent les éméto-cathartiques.

Contre les vomissements, la glace, l'eau de Seltz glacée, la potion antiémétique de Rivière.

Contre la faiblesse, les excitants variés internes et externes.

Contre les douleurs, une médication calmante, et dans certains cas une médication révulsive.

Contre le refroidissement, tous ont recours à des moyens caléfiants divers, chacun avec des variations plus ou moins notables dans les procédés, qui au bain de vapeur, qui au bain d'air chaud, celui-ci au bain entier d'eau simple à la température de 40° à 42° centigr.

Contre une chaleur trop vive et l'apparence de congestion interne, quelques saignées locales, l'eau froide, la glace même.

On le voit donc, et nous n'avons pas besoin d'y insister plus longuement, il n'y a chez les principaux médecins de l'Hôtel-Dieu ni méthodes spécifiques, ni méthodes profondément perturbatrices, ni méthodes purement empiriques. C'est, en quelques mots, le rationalisme physiologique pour la théorie comme pour la pratique. Il faut toutefois excepter de cette caractéristique générale deux jeunes praticiens, dont l'un recourt avec une assez grande confiance à la médication salée et l'autre à la méthode vomitive.

Voici, du reste, l'indication sommaire des méthodes de traitement propres à chacun d'eux.

M. *Chomel.* — M. Chomel admet plusieurs méthodes de traitement, comme il admet plusieurs formes de choléra. Les formes principales qu'il reconnaît sont la forme nerveuse, la forme algide, la forme gastro-intestinale et la forme inflammatoire : la première caractérisée par la prédominance des douleurs, par les crampes, les douleurs et les tiraillements d'entrailles; la seconde caractérisée par la diminution de la chaleur et les troubles de la circulation et de la respiration ; la troisième par l'abondance des évacuations; la quatrième enfin, de toutes la plus rare, caractérisée par des symptômes qui ont quelque ressemblance avec la gastrite aiguë et la dyssenterie.

Contre la forme neuveuse, M. Chomel emploie l'opium par la bouche ou en lavement, suivant qu'il est plus facile de l'administrer par l'une ou l'autre de ces voies, ou par ces deux voies à la fois si cela est possible. Dans le cas où les malades rejetteraient également la potion et les lavements, il a recours à la méthode endermique.

Parmi les moyens calorifiques employés dans la période al-

gide, M. Chomel place en première ligne, comme l'un des plus efficaces et des plus faciles à mettre à exécution, les douches de vapeurs sèches ; il les préfère aux douches de vapeurs humides, qui ont l'inconvénient de favoriser le séjour sur la peau de cette sueur visqueuse froide qui s'oppose à la réaction, et concourt, avec la diarrhée et les vomissements, à produire la colliquation. On se sert, pour administrer ces douches de vapeurs sèches, d'un appareil très-simple dont nous avons fait connaître les principales dispositions dans le compte rendu des séances de l'Académie de médecine. A défaut de cet appareil, M. Chomel se sert de sachets de sable chaud qui sont d'un emploi très commode, et qui ont l'avantage, sur les boules d'eau chaude généralement usitées, de se prêter à toutes les formes, de manière à pouvoir être appliqués indistinctement sur toutes les parties du corps.

Pour les mêmes motifs, les frictions auxquelles M. Chomel donne la préférence sont les frictions sèches avec des fumées aromatiques, de benjoin, d'encens ou de baies de genièvre. Il a quelquefois recours aux frictions avec la glace pilée, mais dans les cas seulement où le froid dure depuis peu de temps, et chez des sujets jeunes et d'une constitution énergique ; il exclut absolument ce moyen chez les malades débiles, doués de peu de force de réaction, et dans tous les cas où la période de froid dure depuis longtemps.

A l'intérieur, M. Chomel emploie les moyens propres à rappeler et exciter les forces, les infusions chaudes de thé, le punch, les boissons alcooliques, le café, etc. Ces moyens toutefois ne lui paraissent pas convenables lorsqu'au froid extérieur se joint le sentiment d'une vive chaleur intérieure. Dans ce cas il prescrit la glace, associée à quelques substances excitantes.

Dans la forme dite inflammatoire ou phlegmasique, c'est-à-dire lorsque les symptômes cholériques sont accompagnés de chaleur halitueuse à la peau, avec pouls plein et résistant, le professeur de l'Hôtel-Dieu prescrit les évacuations sanguines, les saignées générales ou locales, suivant que les phénomènes phlegmasiques sont généraux ou locaux, cataplasmes sur l'abdomen, bains, boissons émollientes, adoucissantes, additionnées d'opium. Toutefois ce traitement antiphlogistique doit être employé avec la modération commandée par la faiblesse et la prostration qui suivent toujours l'accès.

Telle est à peu près la base des méthodes de traitement adoptées dans les salles de clinique de l'Hôtel-Dieu, méthode dont le choix est déterminé par la forme et le caractère spécial de

l'accès cholérique. L'ensemble de ces moyens est modifié ou complété, suivant l'occurrence, par les indications que fournissent certains symptômes plus ou moins prédominants. Si ce sont les vomissements qui fatiguent le plus les malades par leur fréquence et l'abondance des déjections, M. Chomel fait prendre la glace par petits fragments ou plutot pilée en neige, de minute en minute et par très-petite quantité à la fois, afin qu'elle soit mise en contact avec l'estomac d'une manière en quelque sorte continue. L'eau de Seltz, frappée de glace, la potion anti-émétique de Rivière, le sous-nitrate de bismuth, le Colombo, l'opium, remplissent alternativement le même but. Lorsque les vomissements résistent avec opiniâtreté à l'emploi de ces divers moyens, il fait appliquer un vésicatoire sur la région épigastrique, plus rarement et seulement lorsqu'il y a des signes de phlegmasie de l'estomac, des ventouses scarifiées ou des sangsues.

La diarrhée est combattue par des moyens analogues ; peu de boissons, lavements opiacés ou astringents, avec alun, ratanhia, monesia, etc., et dans les cas de diarrhée incessante et réfractaire à tous ces moyens, large vésicatoire sur l'abdomen.

Contre les crampes : frictions avec liniments opiacés, opium à l'intérieur.

La dyspnée est un des symptômes dont M. Chomel se préoccupe le plus vivement. Si elle s'accompagne de réaction fébrile, il fait pratiquer une saignée générale ; mais c'est le cas le plus rare. Le plus souvent, au contraire, la dyspnée est sans fièvre, et dans ce cas, il la combat par les excitants diffusibles, l'éther, le sous-nitrate d'ammoniaque. Lorsqu'il se manifeste dès le début, ce qui a lieu dans quelques cas, des accidents cérébraux, les opiacés sont exclus du traitement et remplacés par des révulsifs ; vésicatoires sur les membres, purgatifs laxatifs, s'il n'y a plus de diarrhée. Enfin, quand c'est la faiblesse qui est le symptôme dominant, les toniques constituent à peu près à eux seuls tout le traitement.

M. Louis. — La méthode de M. Louis ne diffère pas sensiblement de celle de M. Chomel. Sauf les indications spéciales que peuvent commander certains symptômes prédominants, elle se résume en général dans trois ordres de moyens qui marchent concurremment et se prêtent un mutuel appui ; ce sont les moyens caléfacteurs, les excitants aromatiques et les opiacés : les premiers, dans le but de rappeler la chaleur et d'exciter la circulation ; les derniers, pour combattre les évacuations et les douleurs. Les bains d'air chaud sec et les infusions de menthe chaude renplissent la première indication ; la seconde est rem-

plie par l'administration du laudanum en lavement, à la dose de 10 à 12 gouttes, plusieurs fois dans la journée.

Après que la chaleur est rétablie, l'eau de Seltz est substituée aux boissons aromatiques.

M. Rostan. — Au début de la maladie, dans la période algide, M. Rostan préfère, pour rappeler la chaleur, aux bains d'air ou aux bains de vapeurs humides, les bains chauds à 40° ou 42° C., dont il dit s'être très-bien trouvé pendant l'épidémie de 1832.

Au sortir du bain, il fait administrer des infusions de menthe ou de camomille chaudes, ou de mélisse, et fait pratiquer des frictions avec un liniment ammoniacal sur les membres.

Si ces premiers moyens ne suffisent pas pour provoquer la réaction, il prescrit une potion éthérée alcoolisée et laudanisée.

En même temps, et dans le but de combattre l'un des éléments essentiels de la maladie qui se révèle par l'acidité de toutes les sécrétions, il fait prendre des potions alcalines, soit avec 20 gouttes d'ammoniaque, ou avec de l'eau de chaux à la dose de 8 grammes pour 120 grammes de véhicule.

Il combat les vomissements et les évacuations alvines par les opiacés, soit : extrait d'opium, 0,20 centigr, en huit pilules, à prendre dans la journée, et lavements amylacés avec 6 gouttes de laudanum dans chaque.

Dans la réaction, il a quelquefois recours à la saignée, mais rarement et avec modération, et dans les cas seulement où il se manifeste des phénomènes congestifs vers la tête ou vers d'autres viscères.

Enfin, si les vomissements persistent après la réaction, malgré l'emploi des opiacés, il applique un large vésicatoire sur l'épigastre.

M. Husson. — M. Husson emploie assez uniformément la même méthode dont il ne paraît pas s'être départi depuis le début de l'épidémie.

Cette méthode, qui diffère peu des précédentes, et qui repose sur le même ordre d'indications, consiste à administrer, dès le début, des bains d'air chaud et des frictions sèches et une potion excitante dont voici la formule :

Prenez :	Infusion de tilleul et de menthe. . .	120	grammes.
	Acetate d'ammoniaque. . . . de	2 à 4	—
	Vin de Bagnols.	60	—
	Teinture de cannelle.	4	—

Le diarrhée est combattue par les lavements laudanisés. (10 gouttes par lavement.)

Si les vomissements persistent après la réaction, il fait prendre de la glace.

Dans la convalescence, il soutient les forces des malades avec une potion à l'extrait de quinquina.

M. Martin-Solon. — La méthode de M. Martin Solon se compose de plusieurs ordres de moyens : les uns destinés à remplir les diverses indications symptomatiques, telles que le réchauffement des malades, l'excitation de la circulation et des diverses fonctions sécrétoires anéanties, les moyens propres à combattre les évacuations, les douleurs, etc. ; les autres, que l'on pourrait appeler rationnels, destinés à agir d'une manière spéciale sur l'économie et à modifier l'état du sang.

Le premier ordre de moyens se compose de : bains d'air sec chaud administrés dès l'entrée des malades dans les salles, s'ils sont dans la période aigide, et de l'une des potions suivantes :

Prenez :	Laudanum de Sydenham. . .	25 gouttes.
	Liqueur d'Hoffmann.	15 —
	Infusion de menthe.	60 grammes.
	Ammoniaque.	20 gouttes.
	Sirop.	30 grammes.

ou potion avec : eau distillée de menthe, ammoniaque, poudre de Colombo et magistère de bismuth.

Ces potions sont ordinairement alternées avec du punch.

Des lavements laudanisés et albumineux sont administrés pour combattre la diarrhée ; des sinapismes sont appliqués immédiatement après le bain d'air chaud sur l'abdomen, sur la poitrine et la colonne vertébrale, pour maintenir la chaleur ou concourir à l'exciter si les bains d'air n'y ont pas suffi.

Pour remplir le second ordre d'indications, M. Martin-Solon a recours à des agents auxquels on a attribué une action chimique dissolvante ou liquéfiante sur le sang ; il a essayé d'abord le chlorure de sodium ; mais ce moyen ne lui ayant pas paru produire les résultats q'il en attendait, il a eu recours depuis au carbonate d'ammoniaque qu'il administre de la manière suivante :

Prenez : Sesqui-carbonate d'ammoniaque . . . 1,80

en six paquets, de 30 centigrammes chacun, à prendre dans la journée.

Il prescrit encore dans le même but un julep contenant 10 grammes d'ammoniaque et 15 gouttes de laudanum.

Contre les vomissements persistants M. Martin-Solon applique, soit des ventouses scarifiées sur l'épigastre, soit un vésicatoire, que l'on panse ensuite avec 1 centigr. de clorhydrate de morphine.

La diarrhée persistante est combattue par des lavements avec 0,90 de sous-nitrate de bismuth.

Enfin, lorsque la sécrétion urinaire n'est pas pleinement rétablie, après la réaction, les malades sont mis à l'usage de la tisane de chiendent nitrée

Pendant la convalescence, on donne aux malades du vin de Bagnols coupé d'eau de Seltz.

M. Guérard. — M. Guérard fait une part très-distincte, dans le traitement, des trois périodes principales de la maladie, auxquelles il oppose des moyens différents, sinon par leur mode d'action proprement dit, au moins par leur degré d'énergie.

Au début, soit que le malade n'ait encore que de la diarrhée et des vomissements, sans refroidissement du corps, sans cyanose ni crampes, soit qu'il n'ait que la cholérine seulement, mais que par cela seul il lui paraisse être sous le coup de l'imminence du choléra, il combat ces symptômes par les narcotiques, les lavements astringents et l'eau de riz. Si les prodromes résistent à l'emploi de ces premiers moyens, il administre le diascordium et les boissons vineuses.

Lorsque le choléra est déclaré, il prescrit : bains d'air chaud répétés de quart d'heure en quart d'heure ; boissons aromatiques pour réchauffer les malades ; glace et eau de Seltz pour combattre les vomissements ; limonade vineuse, si elle est supportée, et après que les vomissements ont cessé. Pour combattre les accidents nerveux, les crampes, les points névralgiques divers, il administre des potions éthérées et chloroformées, avec 5 à 10 gouttes de chloroforme par potion. Ce dernier lui a paru très propre à remplir cette indication spéciale.

Quand la réaction est opérée, si elle est modérée, il se borne à faire de la médecine expectante ; si elle est trop énergique, et qu'il se manifeste des symptômes congestifs, il a recours aux évacuations sanguines plutôt locales que générales, et aux sinapismes comme révulsifs.

Enfin, si la diarrhée persiste après la réaction, il la combat au moyen du nitrate d'argent, qu'il donne soit en potion, à la dose de 5 centigr, pour 125 grammes d'eau distillée, soit en lavement, à la dose de 15 à 25 centigrammes.

M. Honoré et M. Léger. — M. Honoré, qui a eu à traiter au début de l'épidémie l'un des premiers cas qui aient été observés à l'Hôtel-Dieu, avait mis en usage la méthode qui comptait le plus d'adhérents en 1832, et qui est actuellement encore la plus usitée, à quelques modifications près : bains de vapeurs ; boissons aromatiques chaudes avec sirop d'éther ; eau de Seltz à la

suite ; frictions sèches ; demi-lavements avec extrait de ratanhia et laudanum ; vin de Bagnols, additionné de laudanum, par cuillerées ; quelques morceaux de glace ; saignée, eau de Seltz et limonade citrique dans la réaction.

M. Léger, qui a succédé à M. Honoré, a cru devoir changer complétement de méthode. Il a adopté la méthode saline, préconisée en Angleterre par M. Stevens, et qu'un de ses jeunes collègues, M. le docteur Oulmont, a le premier mise en honneur dans le service de M. Fouquier, à la Charité. Cette méthode consiste à administrer, dès le début de la maladie et pendant toute sa durée, le sel commun par la voie gastrique et par la voie rectale. La dose pour la potion est de 15 à 25 grammes de sel pour 125 grammes d'eau, à prendre dans la journée ; la même dose en lavement. Le sel est ainsi administré jusqu'à cessation des selles et des vomissements. M. Léger a remarqué qu'en général, sous l'influence de la potion saline, les vomissements augmentaient d'abord, mais qu'ensuite ils diminuaient, et finissaient par cesser d'une manière complète, ordinairement dans les douze premières heures. Quant aux selles, la modification est plus sensible encore ; dès les premiers lavements, elles perdent ordinairement leur couleur et leur aspect caractéristiques, et deviennent bilieuses.

Le seul moyen que M. Léger ait employé concurremment avec le sel, dans la première période du choléra, c'est le réchauffement des malades au moyen d'alèses chaudes.

M. Tardieu. — D'après la réputation dont a joui un instant l'eau salée, M. Tardieu a cru devoir essayer l'eau salée naturelle, l'eau de mer comme pouvant remplir peut-être d'une manière plus complète l'indication que l'on avait en vue en prescrivant l'eau salée. Il a administré l'eau de mer successivement aux cinq premiers malades qui ont été reçus dans son service ; elle était donnée pure, par cuillerée à bouche, toutes les heures, aussi longtemps que les malades pouvaient la supporter, et en lavements. En général, elle a inspiré aux malades un assez grand dégoût, et quelques-uns n'ont même pas pu la supporter et l'ont rejetée par les vomissements. Chez l'un d'entre eux cependant, qui a bu l'eau de mer avec une grande résignation et une opiniâtre persévérance, l'effet en a été heureux ; ce malade a guéri. Mais c'est le seul cas dans lequel la solution heureuse de la maladie puisse rationnellement être attribuée à ce moyen. Trois des quatre autres malades qui ont été soumis au même traitement sont morts.

Les effets immédiats de la médication les plus appréciables

ont été, à peu près constamment, la transformation bilieuse des évacuations, comme à la suite de l'emploi du sel commun et des purgatifs salins.

M. Tardieu, en présence de ce résultat, a renoncé à l'usage de l'eau de mer, pour revenir à l'emploi de la méthode la plus généralement usitée, c'est-à-dire aux stimulants, précédés toutefois de l'administration de l'ipécacuanha à dose vomitive, aux bains d'air chaud, aux infusions aromatiques alcoolisées, l'eau de Seltz, etc. Il n'use des opiacés qu'avec une extrême réserve, crainte des accidents cérébraux, et n'y recourt seulement que dans les cas où les crampes et les autres symptômes nerveux douloureux sont très-intenses.

L'ensemble de ces méthodes offre une uniformité assez caractérisée pour que l'on sente moins, dans ce qui a trait à cet hôpital en particulier, l'importance de scinder chacune des pratiques, et de l'isoler pour la mettre en regard des résultats obtenus dans chaque service. A part le soin et la précision propres à chaque médecin dont on ne saurait méconnaître l'influence sur les résultats pratiques, ceux-ci peuvent néanmoins être considérés à un même point de vue général, comme propres à déterminer la valeur d'ensemble des méthodes symptomatiques ou celles de l'école de Paris ; car l'exception que nous avons établie à l'égard de MM. Léger et Tardieu ne saurait modifier d'une manière notable les résultats de toutes les autres médications réunies.

Voici ces résultats établis, comme nous l'avons dit, d'après les relevés statistiques arrêtés à la fin de la semaine dernière :

Malades au 4 mai.	415
Morts.	210
Sortis guéris.	118
En traitement	87
Mortalité	0,52
Guérisons.	0,29
Proportion des guérisons par rapport aux décès.	0,53

Hôpital de la Charité. — L'hôpital de la Charité est, à très-peu de chose près, dans des conditions sanitaires identiques à celles de l'Hôtel-Dieu. Cependant, situé dans un quartier plus aéré, bâti sur le sol et hors des émanations souvent dangereuses de la Seine, construit d'une manière plus régulière, sur un espace de terrain plus étendu, il offre en outre l'avantage de recruter le plus grand nombre de ses malades parmi des populations un peu moins malheureuses, et peut-être aussi moins habituées aux excès.

Quant au personnel médical, quoique représenté par les sommités de la science et de la pratique parisienne, on y trouve moins d'uniformité qu'à l'Hôtel-Dieu. Les noms de MM. Fouquier, Rayer, Cruveilhier, Bouillaud, Briquet, Pidoux, témoignent d'une réunion d'autorités aussi respectables par leur position que différentes par leurs doctrines et leur pratique.

S'il nous était permis d'essayer de caractériser chacun de ces chefs de service en quelques mots, ne pourrions-nous pas dire que:

M. le professeur Fouquier, c'est la médecine pratique dégagée de toute vue spéculative caractérisant l'école de Paris et se renseignant uniquement par l'observation et l'expérience;

M. Rayer, c'est la circonspection du doute, se renfermant dans les données les plus probables de la science et de l'art de tous les temps;

M. Cruveilhier, c'est un mélange de l'école de Paris et d'une thérapeutique expérimentale;

M. Bouillaud, c'est l'expression très-adoucie de la doctrine physiologique dont il a été l'élève, et dont il s'était jusqu'à présent constitué le champion le plus fidèle et le plus exclusif;

M. Briquet, c'est un mélange de thérapeutique rationnelle et expérimentale;

M. Pidoux enfin, c'est l'investigateur consciencieux et éclairé que l'empirisme ne saurait satisfaire et qui ne s'est encore arrêté à aucune méthode, parce qu'aucune méthode ne lui a donné de résultats satisfaisants.

Voici le résumé des méthodes mises en usage par chacun de ces honorables praticiens.

M. Fouquier et M. Oulmont.—M. Fouquier n'ayant repris que depuis peu de jours son service, confié jusque-là à M. Oulmont, en qualité de chef de clinique, nous ferons connaître d'abord la méthode suivie par ce jeune praticien. C'est M. Oulmont qui, d'après les indications de M. Stevens, a le premier introduit dans les hôpitaux de Paris l'usage de la médication saline. Afin de s'assurer des effets de cette médication, et encouragé d'ailleurs par les premiers résultats, qui lui parurent favorables, M. Oulmont l'a employée pendant toute la durée de son service dans toute sa pureté et à l'exclusion de tout autre moyen, sauf les simples moyens externes de calorification. Il a uniformément soumis tous ses malades à la médication suivante :

Prenez : Sel marin. . . . . 15 grammes.
Demi-potion gommeuse. . 120 —

A prendre de quart d'heure en quart d'heure par cuillerée;

Et deux ou trois lavements par jour avec 15 grammes de sel pour quantité suffisante d'eau.

La somme des résultats obtenus par ce traitement ne paraît en définitive avoir été ni en deçà ni au delà de la mortalité moyenne des autres services ; elle n'a pas entièrement répondu, de l'aveu de M. Oulmont lui-même, aux espérances que lui avaient fait concevoir ses premiers essais.

Quant à M. Fouquier, il ne paraît avoir adopté jusqu'ici aucune méthode fixe. Il prescrit en général un ipécacuanha à dose vomitive au début (2 grammes), quelques excitants diffusibles et des opiacés en lavement ; en un mot la méthode *à juvantibus et lædentibus*.

M. Rayer. — M. Rayer s'est sévèrement abstenu de toute expérimentation, et s'en est tenu jusqu'ici aux moyens que l'expérience de l'épidémie de 1832 lui a démontrés comme les mieux appropriés aux indications principales, sinon comme les plus efficaces. Pour lui, les organes digestifs sont le siége et le théâtre des principaux et des plus graves phénomènes morbides, et c'est à combattre directement ces phénomènes par des modificateurs ou des moyens perturbateurs énergiques qu'il attache toute son attention. A cet effet, il a institué la médication que nous avons fait connaître dans une de nos précédentes *Revues*, et qui consiste à prescrire à peu près uniformément, dans tous les cas, les préparations opiacées, soit : 10 centigrammes d'opium en pilules par jour, ou potion avec 6 à 12 gouttes de laudanum, et 3 à 4 quarts de lavements avac chacun 12 gouttes de laudanum ; et des ventouses scarifiées sur l'épigastre ou autour de la région ombilicale, répétées pendant plusieurs jours de suite, ou même plusieurs fois dans la même journée ; saignée du bras, quand elle est possible ; eau de Seltz glacée pour boisson habituelle.

Dans quelques cas graves, accompagnés de délire, M. Rayer a fait pratiquer, mais sans succès, l'ouverture de l'artère temporale.

M. Cruveilhier. — M. Cruveilhier met en usage, nous ne dirons pas une méthode, mais une médication très-active et très-variée, qui paraît avoir plutôt pour but de produire une perturbation profonde que de combattre des symptômes ou des états pathologiques bien déterminés.

Le plus ordinairement il fait prendre dès le début des infusions aromatiques chaudes éthérées, puis une potion dans laquelle il associe les excitants aux astringents et aux narcotiques, la potion suivante, par exemple :

Prenez :	Eau de menthe poivrée.	120
	Extrait de cachou.	1 —
	Laudanum.	20 gouttes.

A ces premiers moyens il joint, pour combattre la diarrhée, des lavements fortement laudanisés (de 15 à 20 gouttes de laudanum).

S'il se manifeste des points douloureux sur quelque partie de l'abdomen ou du thorax, il les combat par des émissions sanguines locales répétées, jusqu'à cessation de la douleur.

Enfin des sinapismes promenés sur les membres et des frictions avec un liniment excitant complètent l'ensemble du traitement de la période algide.

Dans quelques-uns des cas graves, presque foudroyants, qui se sont dernièrement présentés dans son service, nous l'avons vu prescrire les moyens suivants, dont il ne nous a pas encore été possible d'apprécier le résultat :

Faire prendre toutes les demi-heures une cuillerée du mélange suivant :

Prenez : Laudanum.	3	grammes.
Ammoniaque.	5	—
Éther.	15	—

Dans l'intervalle, faire boire de l'eau bouillante édulcorée avec du sirop de gomme ; entourer les membres de sinapismes ; appliquer un large sinapisme sur l'abdomen, et un vésicatoire sur la poitrine ou sur la colonne vertébrale.

Nous devons ajouter que M. Cruveilhier a essayé au début le stachys, mais sans aucun effet sensible. L'association qu'il en avait faite, d'ailleurs, avec les opiacés et d'autres moyens usuels, n'eût pas permis d'en apprécier parfaitement les résultats.

M. Bouillaud. — M. Bouillaud a adopté la méthode saline qu'il emploie, non pas exclusivement dans tous les cas, mais d'une manière assez constante.

Il donne 15 grammes de sel en potion et deux lavements par jour avec chacun 15 grammes de sel. Les seuls moyens qu'il prescrit comme adjuvants sont la glace et l'eau de Seltz pour boisson, et extérieurement les sinapismes comme moyen de calorification. Il a rarement recours au bain d'air chaud et dans les cas seulement d'algidité persistante.

M. Bouillaud pense que le sel agit comme un excitant spécial et un modificateur puissant des fonctions digestives.

Plus rarement, et dans quelques cas seulement dont il ne nous a pas été possible de saisir bien nettement les indications, le professeur de la Charité s'en tient à l'usage des opiacés (lavements laudanisés), de la glace et de l'eau de Seltz, des sinapismes et des liniments excitants. Il proscrit d'une manière absolue

les évacuations sanguines tant locales que générales, même dans la période de réaction.

M. Briquet. — Tous les efforts de M. Briquet tendent principalement à combattre l'algidité et à provoquer la réaction par les moyens les plus énergiques, pendant qu'il combat les évacuations et les douleurs par les opiacés.

Pour remplir la première indication, il prescrivait au début : bain d'air chaud, infusions de menthe ou punch (il a renoncé depuis au punch pour les infusions aromatiques), frictions excitantes ammoniacales et sinapismes sur les membres.

Ces moyens lui ayant paru insuffisants, il a adopté depuis une méthode plus active qui consiste à administrer alternativement de la glace et des boissons chaudes aromatiques et stimulantes, et à faire pratiquer, de demi-heure en demi-heure ou d'heure en heure, des frictions alternées de glace pilée et de liniments alcooliques et ammoniacaux.

Les autres indications sont remplies par l'administration de pilules d'extrait thébaïque, de potions ou juleps gommeux avec addition d'acétate de morphine à la dose de 5 à 6 centigrammes et de lavements amylacés et laudanisés (de 6 à 12 gouttes de laudanum), eau de Seltz, etc.

Depuis peu, M. Briquet a adopté l'ipécacuanha à dose vomitive, de 1 à 2 grammes.

Nous ne connaissons pas encore les résultats comparatifs de cette nouvelle méthode avec ceux de la méthode qui précède.

M. Pidoux. — M. Pidoux s'est livré jusqu'ici à des tentatives nombreuses et variées, sur le compte desquelles il n'est pas encore assez fixé lui-même pour qu'il nous soit possible d'en apprécier les effets et de juger avec quelque précision de la valeur des indications qu'il s'est proposé de remplir. Nous nous bornerons donc, autant que cela nous sera possible, à énumérer les divers moyens principaux qu'il a simultanément ou successivement mis en usage.

Au début de l'épidémie, nous lui avons vu prescrire, dans la période algide, les excitants diffusibles associés aux narcotiques, du thé, des infusions chaudes de tilleul ou de menthe avec addition de sirop d'éther et d'opium, et les excitants cutanés, sinapismes promenés sur les membres, etc. ; puis, la réaction produite, glace et eau de Seltz.

Plus tard, il a employé l'opium à haute dose en potion et en lavements; mais il n'a pas tardé à y renoncer en présence de quelques accidents comateux graves qui lui ont paru devoir être attribués en partie au moins à l'emploi de cette médication.

Les lavements salins ont été également essayés et bientôt abandonnés.

C'est dans le service de M. Pidoux qu'ont eu lieu les tentatives heureuses d'applications électro galvaniques que nous avons fait connaître, mais dont les résultats se sont en général bornés à la disparition de quelques uns des phénomènes nerveux les plus pénibles, tels que crampes, hoquet, vomissements, etc. Ces essais n'ont pas été renouvelés depuis le dernier fait qui a été publié dans nos colonnes.

D'après quelques données récemment publiées par M. Koreff sur la pratique de quelques médecins allemands et sur les bons effets qu'ils assurent avoir obtenus de l'emploi du sesqui-chlorure de carbone contre l'un des symptômes les plus graves du choléra, l'asphyxie, M. Pidoux a essayé ce remède, mais sans effet notable jusqu'ici. Nous reviendrons sur ce médicament, qui a été également essayé dans d'autres services.

Enfin, M. Pidoux expérimente en ce moment le sous nitrate de bismuth contre la diarrhée.

L'ensemble de ces méthodes peut d'autant mieux être mis en regard de l'ensemble des résultats obtenus, qu'elles résument en quelque façon les ressemblances et les oppositions qui peuvent se combiner et se neutraliser.

Voici, pour cet hôpital, le résultat statistique :

Malades au 4 mai.	274
Morts	154
Sortis guéris.	57
En traitement	63
Mortalité	0,58
Guerisons.	0,20
Proportion des guérisons par rapport aux decès.	0,43

Hôpital du Val-de Grâce. — Le Val-de Grâce se distingue des autres hôpitaux par plusieurs circonstances importantes. Comme hôpital militaire, on n'y reçoit que des hommes, des sujets dans toute la force de l'âge, de constitutions généralement bonnes, sauf quelques exceptions, et nullement appauvries par les privations et les excès. Les malades y sont apportés ordinairement plus tot que dans les hôpitaux civils. Cependant nous devons tenir compte, pour les circonstances actuelles, d'une condition qui n'est peut être pas sans importance et que pour cette raison même nous ne devons pas passer sous silence ; c'est celle des logements peu salubres pour un grand nombre des régiments qui forment aujourd'hui la garnison de Paris et des forts qui l'entourent, régiments dont une grande quantité sont établis dans

des baraques provisoires et dans des casematses qui sont loin d'offrir les conditions de salubrité des casernes ordinaires. Ces baraques ont été élevées sans que l'on ait pris pour leur construction les avis des officiers de santé, et sont loin d'offrir les conditions les plus satisfaisantes d'aération, de sécheresse et de ventilation.

Relativement à l'hôpital, c'est incontestablement l'un des mieux situés : les dispositions hygiéniques y sont parfaites, le quartier est salubre, il n'y a pas d'encombrement. Ajoutons que, sur la demande expresse du medecin en chef, tous les cholériques ont été réunis dans une même et vaste salle, et que les convalescents ont été placés à part. A ces conditions favorables, il faut encore joindre celle-ci, que le service médical y est généralement plus régulier, que les soins matériels y sont plus incessants, organisés sur une plus large échelle. On ne saurait donc méconnaître, dans cet ensemble de circonstances, des conditions pour que, toutes choses égales d'ailleurs, le traitement du Val-de-Grâce produise de meilleurs résultats que celui des hôpitaux civils.

Cependant on ne saurait méconnaître non plus, dans la méthode parfaitement analytique suivie par l'honorable médecin en chef, et dans la sagesse des vues également éloignées d'un systématisme exagéré et d'un empirisme complétement irréfléchi, un précieux auxiliaire des bons résultats obtenus dans cet hôpital. C'est ainsi que M. Lévy distingue avec soin les périodes, les degrés des périodes, les symptômes, les degrés de symptômes, les complications avec d'autres études morbides, et cherche à adapter à toutes ces diversités de faits une diversité de moyens réglés seulement par une rigoureuse expérience. La pratique de M. Lévy n'a donc pas d'autre caractère que d'être aussi rationnelle que le permet la connaissance actuelle de la maladie.

La seule observation critique que nous pourrions nous permettre serait celle-ci : qu'on n'y découvre pas une tendance bien marquée vers tel ou tel ordre de moyens, et par conséquent le symptôme d'une foi bien ferme dans leur emploi.

M. Lévy. — Suivant M. Lévy, on peut distinguer, dans la marche du choléra, trois périodes dont deux prêtent à l'intervention d'une thérapeutique rationnelle, et dont une ne comporte jusqu'à présent que les efforts d'un empirisme plus ou moins heureux.

La période prodromique et la période réactionnelle appartiennent à la médecine régulière ; la période cyanique ou asphyxique aux tentatives, aux expériments, aux routines.

I. *Prodromes.* — Cette période s'étend pour M. Lévy depuis les premiers troubles de la santé jusqu'à l'apparition des selles blanches, riziformes, floconneuses, ou des symptômes spasmodiques, tels que crampes, constriction thoracique, etc.

Trois formes prodromiques, trois médications diverses : 1° *Forme prodromique nerveuse :* Céphalalgie, vertiges, courbature, faiblesse des membres inférieurs, spasmes passagers vers l'épigastre, gêne passagère de la respiration, etc. — Repos, infusions théiformes, sudation ; et si l'on ne peut résoudre cet état par les sueurs, l'ipécacuanha, à dose vomitive. 2° *Forme saburrale :* Malaise, pesanteur épigastrique, bouche mauvaise, anorexie, lassitude, douleurs lombaires et céphalalgie ; la médication vomitive réussit encore ici, même alors qu'à ces phénomènes s'ajoutent déjà les crampes et quelques selles plus ou moins typiques du choléra ; s'il y a en même temps du gargouillement, de l'intumescence ventrale, chaleur et pouls d'ailleurs conservés, M. Lévy a recours aux laxatifs précédés ou non d'un vomitif ; il a visiblement enrayé par ces moyens le développement de la maladie dans quelques cas qui s'annonçaient avec gravité, malgré l'accession de phénomènes graves à ceux de la période initiale. 3° *Forme diarrhéique ou cholérine* : Opiacés, surtout les quarts de lavements laudanisés répétés trois et quatre fois par jour, et quand ils échouent, l'ipécacuanha.

II. *Choléra caractérisé.* — Cette période a deux traits fondamentaux : tendance au refroidissement et à l'extinction du pouls ; mais il s'y ajoute divers groupes de symptômes qui lui font autant de formes différentes et d'indications distinctes, ainsi les symptômes digestifs, selles, vomissements, gargouillements, douleurs abdominales, peuvent être très-intenses ou manquer totalement : ainsi les phénomènes thoraciques, dyspnée, anhélation, anxiété, constriction thoracique, oppression, peuvent prédominer ou se révéler à peine ; ainsi les phénomènes nerveux, crampes, spasme épigastrique, douleurs lombaires, céphalalgie, agitation, délire, se développent quelquefois rapidement dans cette période, ou font défaut, et l'on voit alors le malade ou s'agiter convulsivement, se tourner, se retourner, se découvrir, projeter les membres, se dresser, crier, délirer, quoique froid, bleu et sans pouls, ou s'affaisser silencieusement et passer à une agonie presque inaperçue, inerte et cadavérisé avant la mort. Aussi, quoique ce soit ici la période de l'empirisme, il y a encore pour le médecin éclairé des conduites différentes à tenir, un choix de moyens appropriés à faire.

Pour expliquer sa manière de procéder, M. Lévy admet encore ici trois formes :

1° *Forme cyanique et algide, avec pouls filiforme ou nul, ou forme adynamique.* Bien des malades, surtout quand l'invasion a été brusque, sont apportés dans cet état ; ils ont eu ou n'ont pas eu des selles et des vomissements ; les évacuations s'arrêtent spontanément, et ils ne présentent plus que la cyanose ordinairement très rapide, l'état algide général ou borné à la face, à la langue et aux extrémités ; la peau pâteuse, inerte, prompte à s'humecter d'une sueur froide et poisseuse ; une prostration profonde, le grippement des traits de la face, l'excavation orbitaire, etc. Peu ou point de crampes, point de souffrance ; les malades ne se plaignent plus ; ils tombent dans une sorte d'assoupissement qui conduit à la mort. C'est ici que M. Lévy emploie avec énergie les moyens caléfacteurs (bain Duval) ; il dirige deux et trois conducteurs d'air à 42° et plus sur divers points du corps, en même temps que les boissons théiformes sont données chaudes à l'intérieur avec des potions stimulantes, dont l'acétate d'ammoniaque, de 10 à 30 grammes, est le principal ingrédient ; il rapproche les doses de ce médicament ; dans l'intervalle, il fait prendre aux malades, suivant leur appétence, ou du café chaud, ou du vin de cannelle. La tisane qu'il préfère pour eux est l'infusion de mélisse édulcorée avec 20 à 30 gouttes de teinture de cannelle par litre.

2° *Forme cyanique et algide avec prédominance des symptômes digestifs (vomissements et selles).* Mêmes moyens de réchauffement externe ; mais les stimulants sont rarement supportés ; ils augmentent le plus souvent les vomissements, ou du moins sont rejetés avant d'avoir agi ; il en est de même des boissons chaudes. En même temps que l'on accumule le calorique sur la surface extérieure de ces malades, on leur donne, à l'intérieur, la glace, par fragments, la limonade gazeuse ; le seul excitant interne qui ait paru leur réussir, c'est le café qu'ils prennent volontiers. Presque toujours il y a chez les malades, fatigués outre mesure par les vomissements, de vives douleurs dans la zone épigastrique et de la sensibilité dans tout le ventre ; le hoquet survient chez eux et persiste avec ténacité. Les sinapismes répétés à l'épigastre, les ventouses sèches et scarifiées, suivies de l'application de cataplasmes laudanisés, secondent l'action de la glace et des boissons gazeuses ; si ces moyens échouent, M. Lévy a recours à un petit vésicatoire ammoniacal placé à l'épigastre et qui reçoit, après enlèvement de l'épiderme, des doses croissantes de morphine ; les vésicatoires, soit dit en passant, sèchent avec rapidité et laissent à leur place une teinte

brunâtre avec épaississement du derme, dû à l'infiltration sanguine de cette partie. Dans quelques cas où tous ces moyens avaient échoué, il a prescrit contre les vomissements le sous-nitrate de bismuth à la dose d'un gramme d'heure en heure jusqu'à concurrence de 10 à 12 grammes ; quand ce médicament n'a pas été rejeté, il a paru éloigner d'abord, puis supprimer les vomissements ; 4 à 6 grammes suffisaient à ce résultat, et quand il ne s'obtenait point, les doses ultérieures ne développaient point son efficacité ; l'usage de ce médicament a paru sans inconvénient ; son action a été nulle chez trois malades qui ont eu d'opiniâtres vomissements pendant trois ou quatre jours et plus longtemps.

Quelques remarques d'un grand intérêt trouvent ici leur place : les évacuations par haut et bas ont été généralement peu opiniâtres dans les cas traités au Val-de-Grâce ; le plus souvent elles se ralentissaient, et cessaient même spontanément. La diarrhée surtout a presque toujours été facile à réprimer, et faisait place ensuite à la constipation ; puis l'observation a conduit M. Lévy à prononcer un pronostic plus favorable sur les cas accompagnés d'évacuations même nombreuses que sur ceux où elles manquaient, et qui présentaient d'ailleurs la cyanose et l'état algide. Il importe aussi de noter que les médications coercitives des évacuations ne servent à rien tant que le ventre est fluctuant, gargouillant, crépitant ; la sécrétion cholérique, qui se trahit par la palpation et la percussion, dérive de causes que n'atteignent point ces agents médicinaux. Il lui a paru qu'elle s'épuisait avec l'action de ces causes, comme s'épuise l'albumine des urines et de quelques autres sécrétions, y compris celle de l'intestin. Prétendre arrêter les selles riziformes, ce serait prétendre corriger l'albuminurie cholérique. Aux yeux du savant médecin en chef, tous ces effets sont identiques, de même origine et de *processus* parallèle.

3° *Forme cyanique et algide, avec prédominance des phonomènes nerveux et spasmodiques.* Il importe essentiellement de la distinguer : l'expérience a révélé ses répulsions médicinales et ses difficultés de traitement, qui sont jusqu'à présent insurmontables. Ces malades, froids, glacés, bleus ou bistres seulement, sans pouls, torturés par les crampes, essoufflés et anxieux à cause de la constriction du thorax, qui paraît due elle-même, comme le grippement de leur face et l'enfoncement de leurs yeux, à un effet de rétraction musculaire, ces malades, en proie à une jactitation cruelle avec angoisses et vives souffrances, sont ceux qui fournissent le plus grand nombre de victimes.

Glacés, ils repoussent les couvertures; ils se plaignent de chaleur insupportable; le bain d'air chaud leur devient promptement un supplice; il augmente leur oppression, leur anxiété; ils ne s'y soumettent que par force et en criant. Aussi M. Lévy a-t-il renoncé pour eux à ce moyen de calorification, et il le remplace par les cruchons d'eau chaude, par les frictions longtemps continuées, qui apaisent en même temps leurs crampes, par les sinapismes à la main, promenés incessamment sur leurs extrémités, et par l'usage interne de boissons chaudes. C'est là sans contredit, avec la forme adynamique initiale, la plus funeste variété de l'épidémie, et c'est ici qu'il a tenté, mais sans succès, quelques moyens nouveaux; électricité (par l'appareil Dujardin), ipécacuanha, de 2 à 4 grammes, haschich, extrait de noix vomique et strychnine; il a employé chacun de ces agents dans quatre cas, et nul résultat ne l'a encouragé à y revenir. Il s'est donc trouvé ramené à la médication qu'il avait employée dès le début de l'épidémie, moins les bains d'air chaud, qu'il n'applique plus à ces cas qu'avec une extrême réserve. A l'extérieur, les moyens précités, et en donnant aux frictions pour matière l'essence de térébenthine laudanisée, l'huile camphrée et laudanisée, le baume tranquille avec addition de chloroforme, etc. A l'intérieur, il insiste plus sur l'éther et le laudanum que sur l'acétate d'ammoniaque.

III. *Réaction.* — Ici, dit le professeur, la médecine rationnelle reprend sa place et son rôle; le traitement des phases réactionnelles ne prête aux tentatives empiriques qu'auprès de ceux qui n'en saisissent point les conditions anatomiques et physiologiques. Les réactions cholériques n'ont rien de capricieux, d'irrégulier, d'imprévu, de décousu, et ne sollicitent pas la fortune des expérimentations. Ses observations cliniques et ses recherches sur les cadavres lui en ont fourni la clef. La réaction met en œuvre les matériaux morbides que la période cyanique et algide laisse dans les organes; en d'autres termes, la période de choléra caractérisé a pour effet de produire dans les organes profonds, et même à la périphérie des congestions, des extravasions sanguines, des ecchymoses, des hypostases, etc. Et quand survient la réaction, les organes siéges de ces lésions, diversement préparés, subissent consécutivement diverses nuances d'hypéresthénie, d'excitation, de phlogose; il arrive même que l'inflammation devient l'une des conditions de la guérison, et entre forcément dans le mécanisme de la terminaison naturelle. Ainsi s'expliquent, soit dit en passant, les pneumonies réactionnelles qui surviennent chez les cholériques, avec cra-

chats de sang purs et rouillés, pneumonies développées autour de noyaux ou de foyers apoplectiques souvent observés au Val-de-Grâce. Les formes et les accidents de la réaction se lient étroitement aux conditions anatomiques de la période asphyxique; l'étude attentive des particularités de celle-ci permet presque de prévoir et de calculer les allures et les tendances localisatrices de celle-là. L'évolution de la maladie est continue à travers ses périodes, et rien de plus logique, si l'on peut ainsi dire, rien de plus exactement subordonné que les séries de phénomènes, en apparence si diverses et si bizarres, qui s'établissent et se déroulent à la suite de la période de concentration.

Quand la réaction s'opère au milieu d'organes également et médiocrement congestionnés, quand elle est graduelle et continue, elle s'annonce par une légère élévation du pouls avec sueur générale et urine trouble ou augmentée : l'expectation suffit. Parfois ce mouvement centrifuge s'effectue avec une certaine violence, mais passagère et sans retentissement spécial sur tel ou tel viscère : de là une sorte de fièvre inflammatoire éphémère qui n'exige encore que de l'hygiène et de la surveillance. Mais chez un grand nombre de malades, la concentration du stade asphyxique a prédominé vers l'encéphale ; chez d'autres, les poumons ont été congestionnés, ecchymosés, parsemés de petits noyaux sanguins, ou même détruits, dans l'étendue de quelques lobules, par des foyers hémorrhagiques parfaitement limités à la coupe, ou bien encore des hypérémies partielles du tube digestif reçoivent de la réaction organique générale un caractère subphlegmasique, en même temps que les plexus de Peyer, déjà prononcés, se développent et se ramollissent ou s'érodent par endroits : de là trois aspects de la réaction, trois groupes d'accidents parfois entremêlés, mais le plus souvent assez tranchés. Dans les premiers, se classent les congestions secondaires vers l'encéphale, les céphalalgies tenaces avec ou sans fièvre, l'état torpide, accompagné le plus souvent de vomissements, comme dans l'hydrencéphalie qui succède à la méningite cérébro-spinale ; l'assoupissement, l'état comateux, qui succèdent à cette torpeur par le progrès du mal ; le délire frénétique des uns, le subdélire des autres avec alternatives de somnolence ; en un mot, suivant le degré d'injection des méninges, d'infiltration sous-arachnoïdienne et de sérosité ventriculaire. Suivant le degré de compression du cerveau par la distension des vaisseaux à sa périphérie, suivant le degré d'excitation que lui imprime la fièvre, on observe les formes symptomati-

ques qui appartiennent, dans la pathologie ordinaire, à la méningite, à la fièvre typhoïde, à la méningo-céphalite, et de toutes ces formes, la plus fréquente c'est l'état torpide, presque toujours avec vomissements et constipation. M. Lévy lui oppose, suivant les cas, la station semi-assise du malade dans le lit, les déplétions sanguines à la base du crâne, les dérivatifs sur le tube digestif (eau de Sedlitz, sulfate de soude, lavements purgatifs) et les révulsifs aux extrémités (sinapismes, visicatoires), quelquefois le vésicatoire à la nuque, et il compte nombre de succès.

Six pneumonies réactionnelles ont guéri par l'emploi combiné de petites saignées (250 grammes), de l'émétique opiacé (3 décigr. d émétique et 5 centigr d'opium) et des vésicatoires.

Les nuances variées de phlogose secondaire du tube digestif cèdent très facilement à l'application des ventouses scarifiées sur l'abdomen, des cataplasmes laudanisés, au régime et aux autres moyens hygiéniques. Chez quelques malades qui ont accusé une douleur vive et persistante à l'épigastre, le professeur prescrit avec avantage une application de 10 à 12 sangsues. Deux se sont bien trouvés, après cette émission sanguine, de l'usage répété de bains gélatineux à 34° C. La constipation est plus souvent que la diarrhée l'accompagnement de ces irritations du ventre, et il faut la combattre à l'aide des lavements et du régime ; pourtant la diarrhée est le symptôme ordinaire des rechutes, et l'on ne saurait trop s'enquérir de son retour, souvent dissimulé par les malades.

Telle est d'une manière sommaire est très-générale, nous dit en terminant M. Lévy, notre conduite auprès des cholériques ; nous omettons beaucoup de détails relatifs à la direction des soins, à la variation intelligente des moyens suivant les brusques vicissitudes de la maladie, aux indications qui dérivent de quelques symptômes particuliers ou de quelques épiphénomènes. Nous n'avions d'autre but que d'esquisser les bases de notre thérapeutique qui repousse les médications absolues, et tire parti de tous les moyens sanctionnés par l'expérience suivant l'opportunité et l'urgence des situations. Notons seulement que le hoquet n'est point, dans le choléra, un symptôme grave comme dans la péritonite, etc.; que les hémorrhagies bronchiques pulmonaires et intestinales, observées par nous chez quelques malades, n'ont pas eu de gravité par elles-mêmes ni par les altérations cyaniques dont elles étaient la conséquence; que toutes les éruptions, excepté les pétéchies, ont coïncidé avec l'amélioration de la maladie, et que la solution a paru franche-

ment critique dans beaucoup de cas où nous avons observé soit la polyurie (4 à 6 litres d'urine par jour), soit les sueurs profuses et prolongées. Ajoutons en terminant que l'albuminurie cholérique signalée par nous est non-seulement un indice précieux pour le diagnostic et le pronostic, mais encore un régulateur pour le traitement et l'alimentation; celle-ci ne doit pas être prescrite avec sécurité, tant que l'acide azotique détermine une teinte opaline dans la zone inférieure du verre à pied où l'on traite l'urine de ces malades.

Voici les résultats statistiques de l'hôpital du Val-de-Grâce :

Malades au 4 mai	227
Morts	57
Sortis guéris	98
En traitement	72
Mortalité	0.25
Guerisons	0,43
Proportion des guérisons par rapport aux décès	1,72

Tableau comparatif des quatre hôpitaux précédents.

	Malades au 5 mai.	Morts.	Sortis gueris.	En traitement.	Mortalité.	Guéris.	Prop. des guéris. par rapport aux décès.
Hôtel-Dieu	415	210	1[illegible]8	87	0,52	0,2[illegible]	0,[illegible]3
Charité	274	154	57	63	0,58	0.20	0 43
Val-de-Grâce	227	57	98	72	0,25	0,43	1,72

(*La suite à un prochain numéro.*)

V. ACCOUCHEM^ts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 10. *Observations sur l'avortement partiel dans le cas de grossesse multiple;* par M. J.-L. BRACHET.

(Revue médico-chirurgicale, mai 1849.)

Les grossesses de jumeaux ne sont pas rares. Il n'est pas d'accoucheur qui n'en ait rencontré bien des fois. Ce qu'il a vu alors, et ce que nous voyons tous les jours, c'est l'accouchement des deux enfants à la fois, c'est-à-dire à la même époque, soit qu'ils viennent à terme, soit que la matrice les expulse quelques semaines ou quelques mois auparavant. Aussi n'est-ce point sur des faits de cette nature que je me propose d'appeler un moment l'attention. Il en est un beaucoup plus rare, et qui paraît avoir été méconnu de la plupart des accoucheurs : je veux parler de l'expulsion isolée et à des distances plus ou moins éloignées des deux fœtus ou de leurs annexes. Comme plusieurs faits de ce

genre se sont présentés dans ma pratique, et que j'ai vu plusieurs accoucheurs ne pas croire à leur possibilité, j'ai pensé devoir les publier, non pas seulement comme simple objet de curiosité scientifique, mais surtout à cause des résultats pratiques qui en sont la conséquence.

Obs. I. — Depuis deux mois et demi environ, Mme Bulliod éprouvait tous les signes de la grossesse, suppression des règles, sensation douloureuse et volume plus considérable des seins, dégoût, etc.; lorsque le 7 novembre 1818, elle fut, subitement et sans cause connue, prise d'une perte foudroyante, avec douleurs utérines intenses; rien ne put arrêter cette hémorrhagie, et les douleurs se régularisèrent; quelques heures après, elle expulsa un fœtus, qui pouvait avoir effectivement deux mois et demi. Ce ne fut que six jours après cette expulsion qu'elle rendit le placenta tout à fait bien conformé, présentant sa cavité et ses membranes ouvertes; la perte fut arrêtée, et après quelques jours de repos, Mme Bulliod se trouva à peu près rétablie. Quels ne furent pas son étonnement et le mien, lorsqu'au bout d'un mois elle me dit qu'elle sentait bien distinctement les mouvements d'un enfant! J'avais peine à le croire. Cependant comme c'était une quatrième grossesse, Mme Bulliod ne pouvait pas se tromper; les mouvements devinrent de plus en plus sensibles, et, environ six mois et demi après l'expulsion du premier fœtus, elle accoucha d'un superbe enfant.

Dans ce fait, la grossesse a donc été double, et, chose qui paraîtrait extraordinaire si elle ne s'était pas présentée d'autres fois, il y a eu avortement partiel, c'est-à-dire que l'un des deux enfants a été expulsé pendant que l'autre est resté et a parcouru dans l'utérus tout le temps nécessaire pour acquérir le développement complet d'un fœtus de neuf mois. On ne peut pas soupçonner qu'une seconde grossesse soit survenue après l'avortement du premier fœtus; pendant plus d'un mois après cet avortement, il n'y avait point eu de rapprochement conjugal entre Mme Bulliod et son mari, et alors le fœtus restant commençait déjà à bouger. Cette grossesse en outre eût donné un enfant de six mois et demi au plus, et il était un des plus volumineux que j'aie jamais rencontrés. Ainsi la chose ne peut pas être douteuse, Mme Bulliod était enceinte de deux enfants à la fois : elle a avorté de l'un, elle a conservé l'autre. C'est là le point important, le point peut-être extraordinaire; car il paraît difficile, pour ne pas dire impossible, que le même globe utérin éprouve pendant huit heures toutes les secousses des contractions, sans que les deux produits se détachent en même temps. Il paraît surtout incon-

cevable que ce viscère charnu puisse se contracter ainsi partiellement, dans le point seulement qui correspond à l'un des fœtus, sans que ces contractions ne s'étendent à tout l'organe, et ne lui fassent expulser tout ce qu'il contient. C'est là ce que dit le raisonnement physiologique, c'est là aussi probablement ce qui doit arriver le plus souvent ; mais ici nous avons quelque chose de plus puissant que tous les raisonnements, c'est le fait, et on sait combien est brutale la logique des faits ; elle est inébranlable. Pour mettre d'accord ces faits avec un raisonnement physiologique plausible, un auteur a supposé qu'il y avait alors partage de l'utérus en deux corps ou en deux espèces de cornes, comme on l'a rencontré quelquefois. La chose peut être ; mais ces doubles utérus ou utérus cornus sont si rares, qu'on peut, dans cette circonstance, les regarder comme une explication au moins hypothétique. Si, en effet, Mme Bulliod avait eu un utérus ainsi divisé, elle aurait été sujette à des accouchements doubles : cependant il n'en a rien été ; trois grossesses simples avaient déjà eu lieu, deux ont encore eu lieu après. Au surplus, j'abandonne cette discussion sur les probabilités ; je m'en tiens au fait.

Obs. II. — Mme Volaire était enceinte pour la première fois; elle arriva sans inconvénient à sept mois ou sept mois et demi de grossesse. Le travail de l'accouchement s'établit le 3 mars 1819. Un enfant arriva très-heureusement. De suite après, un second enfant arriva de même très-heureusement. Un double arrière-faix fut extrait avec toutes ses membranes. Tout paraissait rentrer dans l'ordre. Cependant le globe utérin conservait un volume assez considérable, ce que j'attribuai à la plus grande difficulté qu'il avait à revenir sur lui après une distension aussi grande, ainsi que je l'ai remarqué dans les cas de grossesse double, et dans le cas où la matrice est énormément distendue, soit par le volume, soit par la quantité des eaux. Le neuvième jour, des coliques violentes s'établirent et se régularisèrent comme dans le premier accouchement. Je crus d'abord à la présence de quelques caillots qui allaient être expulsés ; mais à l'examen, je reconnus bientôt une poche amniotique et la présence d'un nouveau fœtus. Les douleurs se rapprochèrent et devinrent plus fortes ; et en moins de deux heures, elles chassèrent un fœtus mort depuis longtemps. Son arrière-faix le suivit de près. Cinq jours après, de nouvelles douleurs utérines se firent sentir, et Mme Volaire expulsa un caillot volumineux, privé de sa matière colorante, si bien qu'on aurait pu aisément le prendre pour un môle ou pour un corps fibreux. Cette circonstance fit répandre

dans la ville le bruit que Mme Volaire était accouchée de six enfants. Il ne fut question que de cette nouvelle pendant quelques jours. Mme Volaire a depuis fait cinq enfants, tous très-heureusement et dans des grossesses simples.

Ce fait a quelque analogie avec le précédent. Cependant il est moins remarquable, en ce sens, que le troisième enfant qui est resté pouvait fort bien n'être expulsé qu'à une époque éloignée : car on sait que bien souvent, dans les doubles parturitions, il y a suspension des contractions pendant quelques instants et même pendant quelques heures. Dès lors, il n'y a rien de bien étonnant que cette suspension se soit prolongée plusieurs jours. Toujours est-il qu'il y a eu un intervalle entre un premier accouchement et le second, et que le dernier fœtus n'a pas été expulsé par les contractions qui ont chassé les deux premiers.

Obs. III. — Mme Dartigue devint enceinte pour la troisième fois en 1821. Au mois de juillet, croyant l'être de trois mois environ, elle se donna beaucoup de peine pour mettre tout en ordre chez elle. Elle éprouva des maux de reins violents qui bientôt furent accompagnés de véritables douleurs utérines expulsives. Une hémorrhagie abondante eut lieu en même temps, et, au bout de quelques heures, Mme Dartigue rendit un œuf entier contenant un fœtus de deux mois à peu près ; quelques caillots furent encore rendus. Mme Dartigue parut se rétablir. Cependant une pesanteur lui restait dans le bassin ; de temps en temps aussi une perte rouge légère se faisait remarquer. Six à sept semaines après, une hémorrhagie considérable survint brusquement, des coliques atroces se firent sentir, et, au bout de quelques heures, fut expulsé un œuf aussi entier que le premier : le fœtus ne paraissait guère plus développé ; cependant il n'avait sur lui aucune altération apparente. Il était impossible de dire depuis quand il avait cessé de vivre.

Je crois devoir assimiler ce fait au premier. Dans l'un et l'autre cas il y a eu grossesse multiple ; dans l'un et l'autre cas, aussi, l'un des produits de la conception a été rejeté sans le second. La seule différence qu'il y ait eu, c'est que, dans le premier cas, la grossesse du second fœtus s'est prolongée jusqu'à terme, et que, dans celui-ci, elle s'est arrêtée au bout de quelsemaines ; ce qui peut même faire soupçonner que ce fœtus a cessé de vivre à l'époque du premier avortement à cause de son peu de développement ; mais cette opinion ne peut être admise, si l'on fait attention que son inaltérabilité ne permet pas de supposer qu'il ait pu se conserver ainsi mort pendant six semaines. Il a continué à vivre, mais d'une vie plus faible, plus

languissante, de façon qu'il n'a pu se développer que plus lentement, ce que les circonstances de la première parturition expliquent suffisamment. Ainsi il y a eu deux avortements bien distincts, un pour chaque fœtus. Quoi qu'il en soit, il y a eu intervalle de six semaines au moins entre les deux expulsions; c'est là le fait principal, le fait sur lequel je dois insister.

Obs IV. — Mme Polo fut prise, le 24 novembre 1844, d'une cysto-péritonite grave, qui, après quinze jours, amena les douleurs d'un accouchement à trois mois de grossesse. Un fœtus fut expulsé, et peu après, un arrière-faix complet avec ses membranes; le repos acheva de rétablir la santé qui se soutint pendant trois semaines. De nouvelles douleurs survinrent le 29 décembre. Une perte abondante avait eu lieu, beaucoup de caillots avaient été évacués; je n'y trouvai ni fœtus ni arrière-faix. Au toucher, l'orifice de l'utérus me parut assez ouvert; un corps mou s'y engageait. Je portai mon doigt jusque dans la cavité de la matrice; je circonscrivis ce corps, en détachant les points d'adhérence qu'il présentait avec la surface utérine, et je finis par l'amener. Quel ne fut pas mon étonnement, lorsque je reconnus un placenta entier avec ses membranes et percé seulement vers sa partie la plus étroite! sa forme ne présentait rien de particulier. Si je n'avais pas reçu, quatre semaines auparavant, un œuf entier, j'aurais cru que cette dame se blessait pour la première fois. Tout rentra dans l'ordre, et depuis, je n'ai pas eu connaissance que la santé de Mme Polo ait été altérée.

Ce fait présente la plus grande analogie avec le précédent. Dans l'un et l'autre cas il y avait grossesse double. Dans l'un et l'autre cas également, un des deux jumeaux s'est détaché bien avant son terme, et il a été expulsé sans entraîner avec lui son frère utérin. Cependant il est à présumer que l'avortement du premier jumeau a nui au développement du second, et que c'est lui qui en a causé l'expulsion quelques semaines après. Une légère différence se présente: dans le premier cas le second fœtus est sorti à l'époque du second avortement; dans celui-ci il est douteux que les choses se soient passées ainsi. En effet, ce fœtus a pu être chassé lors du premier avortement, et le placenta a pu rester seul avec ses membranes; ou bien il a été expulsé au moment du second avortement, et il s'est perdu avec les caillots sans qu'on en ait pu reconnaître la trace. L'une et l'autre opinion peuvent se soutenir: je pencherais cependant pour la dernière, parce que la cavité de l'œuf restait grande, et dans toute son intégrité, à part l'ouverture par où le fœtus avait dû s'échapper; tandis qu'elle aurait beaucoup diminué, et presque

disparu, si le fœtus avait été rendu aussi longtemps d'avance, comme on le voit dans les cas de grossesse simple où l'avortement ne fait expulser l'arrière-faix que douze ou quinze jours après le fœtus. Toujours alors la cavité du placenta s'efface en partie, et cet organe se convertit en une masse charnue presque homogène. Cette circonstance me paraît assez importante pour être signalée avec instance.

Obs. V. — Mme Tr.... était enceinte de deux mois environ. C'était une première grossesse. Quelques phénomènes de congestion à la tête s'étaient manifestés le 8 novembre 1845; le 10, une perte légère se montra sans douleur; elle s'arrêta et reparut à plusieurs reprises jusqu'au 15. Pour la faire cesser, une saignée de 400 grammes fut pratiquée; la perte continua, et le 17 l'avortement eut lieu. Un petit fœtus fut expulsé, et, quelques instants après, un arrière-faix complet. Madame garda le lit plus de quinze jours. Elle continua à sentir de la pesanteur dans le bassin; la perte ne s'arrêta qu'incomplétement, c'est-à-dire qu'elle s'arrêtait quelques instants pour reprendre peu après. Cependant la santé se rétablissait, et Madame sortait et faisait même d'assez longues courses.

Dans la pensée qu'un caillot ou un cotylédon du placenta pourrait être resté et qu'il pourrait entretenir cet état incertain, je touchai la malade. Le col bien fermé ne me permit pas de constater la présence d'un corps étranger. Le 8 mars, l'hémorrhagie devint plus forte; cependant il ne fut rendu aucun caillot et l'utérus fut trouvé encore fermé.

Le rétablissement paraissait presque complet, et je cessai de voir la malade, lorsque, vers le milieu ou la fin d'avril, un de nos confrères estimables me dit que la veille il avait été appelé auprès de Madame, et qu'il avait reçu un placenta sans fœtus. Je lui demandai s'il n'avait pas pris quelque caillot décoloré ou quelque cotylédon pour un arrière-faix. — Je vous le ferai voir, me dit-il, et le lendemain matin il m'apporta effectivement un placenta complet avec sa cavité grandement formée; il l'avait ouverte dans toute son étendue en fendant l'œuf du haut en bas. — Vous voyez bien, me dit il, que je ne me suis pas trompé. — Eh! bien, lui dis je, il y en avait deux, comme je l'ai déjà vu plusieurs fois.

J'ai su depuis que mon confrère avait été incrédule sur la possibilité de ce double avortement. C'est peut-être la raison qui m'a engagé à recueillir et à présenter les faits que j'ai observés, afin d'appeler l'attention sur ce point ignoré ou oublié

par des praticiens aussi éclairés. Je ne parle plus de la malade, elle se rétablit.

Ce fait présente la plus grande ressemblance avec le précédent. Cependant il y a eu un intervalle beaucoup plus grand entre les deux avortements. Dans la première observation, il y a eu quatre semaines seulement ; dans la seconde, il y a eu plus de trois mois, peut-être quatre, ce qui aurait donné à la cavité placentaire ou amniotique le temps de s'oblitérer, ou tout au moins de diminuer beaucoup, si elle eût été vide. Aussi je pense que le second fœtus, resté probablement vivant dans cette cavité, l'a maintenue dilatée jusqu'au moment du second avortement, qui l'aura expulsé sans qu'on s'en soit aperçu. Le développement complet de cette cavité en est une preuve presque certaine. Ainsi, nous avons encore ici une grossesse multiple. Un premier jumeau a causé un premier avortement ; un second avortement n'a eu lieu que plus de trois mois après le premier. Le second placenta et ses membranes n'ont pas acquis le développement qu'ils auraient dû avoir à cinq mois, parce que, selon toute apparence, son fœtus était mort, et que, dès-lors, ses annexes n'ont pas pu prendre de l'accroissement. C'est au moins ce qui arrive, soit lorsqu'elles restent après la mort du fœtus, soit après son expulsion.

Ces faits remarquables pourront paraître extraordinaires, parce qu'ils se présentent rarement dans la pratique, parce que peut-être ils échappent le plus souvent aux recherches, et qu'ils passent alors inaperçus. Il faut bien qu'il en soit ainsi : car la plupart des accoucheurs n'en font aucune mention. Viardel, Dionis, Peu, Deleurye, Levret, Barbaut, Puzos, Stein, Burton, Sue, etc., n'en disent pas un mot. Dans les 700 observations de Mauriceau, nous n'avons pas pu en trouver une seule de ce genre. Nous n'avons pas été plus heureux dans Lamotte : dans ses mille observations il n'en cite pas une qui s'y rapporte.

Baudelocque en admet la possibilité, à cause de l'isolement des fœtus et de celui de leurs membranes et de leurs placentas ; mais il ne cite aucun fait. Les auteurs modernes ne sont guère plus avancés : ou bien, à l'exemple de M. Jacquemier, ils admettent la chose comme un effet de la mort de l'un des deux jumeaux qui sort le premier, mais ils ne citent pas d'exemples qu'ils aient recueillis.

Ne croyons pas cependant que ce silence soit une preuve de l'absence de tout fait de cette nature. La science en possède plusieurs, et, je n'en doute point, elle en posséderait un bien plus grand nombre s'ils n'eussent pas été méconnus.

Dans sa cinquante-neuvième observation, page 205, Amand en cite un exemple fort remarquable : Une dame avait déjà eu deux accouchements prématurés, l'un de trois fœtus, l'autre de deux. Devenue enceinte une troisième fois, elle rendit à trois mois un fœtus, et trois semaines après, on s'aperçut qu'elle en avait un second qui vint à terme.

Smellie en parle au sujet de la superfétation qu'il rejette. Il attribue l'erreur de ceux qui l'ont admise à l'accouchement prématuré de l'un des jumeaux, le second restant plusieurs semaines ou même plusieurs mois. C'est ainsi qu'il explique les deux faits qu'il en cite dans le second volume, recueil VI, page 99. Des deux femmes qui en font le sujet, la première présente des circonstances si semblables à celles de l'observation citée par Amand, que j'ai douté un moment si ce n'était pas la même. La seconde ne présente que la particularité d'un avortement d'un fœtus de cinq mois mort-né, qui laissa la grossesse du second se conduire jusqu'à terme.

Mme Lachapelle et Dugès ne s'en sont nullement occupés dans leur *Pratique des accouchements :* ils n'en citent aucune observation. Néanmoins, dans une note qui n'a aucun rapport direct avec le sujet, ils rapportent deux faits de ce genre empruntés à d'autres observateurs :

« Une femme de cette ville, disent-ils, a vu un jumeau abortif naître au bout de quatre mois, et l'autre continuer son accroissement dans l'utérus jusqu'au terme ordinaire. M. Désormeaux cite un cas semblable, et plus d'un autre a été rapporté en faveur de la superfétation. (Tom. II, page 333.) »

Dans son chapitre sur les fœtus multiples et sur les superfétations, M. Velpeau, à l'imitation de Smellie, combat les superfétations, 1° en attribuant à leur mort anticipée la petitesse des fœtus nés avec d'autres fœtus à terme et plus développés, et il cite ainsi, tome I, page 341, les faits recueillis par Mauriceau, Peu, Burton, Campbell, Alfou, etc. ; 2° en regardant la naissance anticipée de quelques fœtus, pendant que les seconds n'ont ensuite été mis au jour qu'à leurs neuf mois, comme des faits de jumeaux dont l'un est expulsé plus ou moins longtemps avant l'autre. Il rapporte à cette manière de voir les faits, cités par Zacchias, de la dame Lauretta ; celui de la dame Dupuis, de Saint-Germain-en-Laye ; celui de la femme Franquet, cité par Desgrange de Lyon et par Fodéré ; celui de Mme Rigaud, et plusieurs autres communiqués par MM. Roxain, Delmas, Pignot, Wendt, etc....

Il n'en a recueilli lui-même aucun qui lui soit personnel. Après

avoir ainsi réfuté la validité des faits de superfétation, il n'ose pas cependant la nier absolument. Quelques faits lui paraissent si convaincants qu'il finit par l'admettre, mais seulement dans des cas bien rares.

Je ne pousserai pas plus loin cette longue énumération des auteurs qui ont parlé ou non des fœtus multiples, nés ainsi à des époques différentes. En présentant ces recherches, j'ai voulu faire voir que le sujet, pour n'être pas entièrement neuf, n'en est pas moins rare et digne d'attention. Je n'entrerai point dans la discussion soulevée et soutenue par Smellie et M. Velpeau, sur la part que peuvent y avoir les superfétations ; je me borne à citer les faits que j'ai recueillis et à en tirer les conséquences dont ils sont l'expression fidèle.

Dans les grossesses multiples, un des fœtus peut sortir et laisser l'autre fœtus se développer jusqu'à son terme (Obs. I). Le second fœtus peut ne pas attendre son entier développement; il peut être expulsé à une époque plus ou moins éloignée du premier ; l'observation II nous en fournit un exemple. Enfin, un fœtus et son arrière-faix étant sortis, le second fœtus, ou mort ou sorti sans qu'on l'ait trouvé, parce qu'on a cessé de le chercher dès le moment qu'on en a eu trouvé un, et son arrière-faix peuvent rester quelques semaines et même quelques mois après l'expulsion du premier, ainsi que nous le voyons dans les trois dernières observations.

Ces faits, ainsi acquis à la science, ont aussi un côté d'utilité : c'est celui de tenir les accoucheurs en garde contre la précipitation avec laquelle on a l'habitude de croire une femme complétement délivrée, aussitot que, dans un avortement, on a retiré un fœtus et son arrière-faix. La pensée qu'un second fœtus et un second arrière-faix peuvent exister conduira à l'explication des phénomènes et des accidents qui persistent dès l'avortement. Toutefois, loin de moi l'intention de pousser trop loin cette particularité ! Il faut la connaître pour n'être pas pris en défaut, mais il ne faut pas la généraliser trop ; on tomberait dans l'inconvénient, plus grave peut-être, de détourner l'attention de la présence bien autrement fréquente de quelques caillots qui se sont formés et durcis dans la matrice. On ne perdra de vue ni l'une ni l'autre de ces circonstances ; mais on évitera tout extrême, en n'en admettant aucune exclusivement.

Cette manière d'envisager l'avortement, dans les cas de grossesse multiple, nous fournit l'explication d'un fait assez singulier qui m'a été communiqué par M. Garcin, pharmacien à Brignais, dans la lettre suivante :

« M. le docteur, j'ai l'honneur de vous soumettre un fait de physiologie qui m'a paru nouveau et intéressant. Cette considération m'a fait penser qu'il vous serait agréable. — Je m'occupe actuellement à étudier l'ouvrage de physiologie que vous avez publié dans l'*Encyclopédie des sciences médicales*. J'ai lu tout l'article *Génération* et ses anomalies. Je n'ai rien vu qui ait rapport avec mon fait, cependant vous relatez avec soin tous les points de génération qui vous ont paru extraordinaires.

« Je fais couvrir une lapine. Elle met bas une portée de sept petits. Elle les allaite pendant trente jours. Le trente et unième, elle met bas une seconde portée de six petits à terme et bien formés. Les deux portées sont vivantes et bien portantes.

« Remarquez, Monsieur, que la lapine a été couverte une seule fois, et cependant elle a, du même accouplement, mis bas deux portées bien distinctes, une de sept, un mois après l'accouplement ; et la seconde de six, un mois juste après la première. — De nombreuses réflexions se présentent ; il ne me convient nullement de m'y livrer. Votre savoir étendu sur cette matière me fait espérer que vous serez assez bon pour me donner votre opinion sur ce point de physiologie qui me paraît nouveau. Je vais au devant de la superfétation. Je n'ai laissé le mâle et la femelle ensemble que vingt-quatre heures. Je les ai séparés en mettant l'un au grenier et l'autre au jardin. — J'espère, Monsieur, que vous daignerez me donner le résultat de vos observations. »

J'ai l'honneur, etc. GARCIN, *pharmacien*.

La lapine n'a été couverte qu'une fois ; en conséquence, comme le dit M. Garcin, il ne peut pas y avoir eu de superfétation. Ce fait rentre donc en entier dans le cas de nos grossesses multiples. Les deux cornes de la matrice ont été remplies simultanément par leurs produits de la conception. La quantité énorme de petits qu'elles contenaient a sans doute nui au développement de ceux qui étaient dans l'une des deux cornes. Le part a eu lieu pour ceux qui avaient le mieux profité. Ceux qui étaient les moins avancés sont restés, comme dans un de nos avortements. Ils ont achevé de se développer pendant les trente et un jours qui ont suivi le premier part. On ne trouvera pas étonnant qu'ils n'aient pas acquis plus tôt un volume assez considérable pour être expulsés, si l'on fait attention que la mère allaitait ses petits, et que la fluxion laiteuse abondante qui en résultait a dû opérer une puissante révulsion au détriment de la matrice et de ses jeunes hôtes. Ainsi tout s'explique facilement :

les deux cornes ont été fécondées à la fois; l'une s'est débarrassée au bout de trente jours, l'autre a conservé ses petits trente et un jours de plus. La direction vitale, concentrée sur un autre point, explique la lenteur du développement de ces derniers.

Peut-être serions-nous en droit de faire l'application de ce fait à beaucoup d'autres faits analogues. On sait que les naturalistes ont signalé la fréquence des superfétations chez les lièvres et les lapins; je ne la nie point. L'existence de deux cornes, ou, si vous voulez, de deux matrices, sert même à la faire admettre chez ces animaux. Ne serait-il pas possible que, dans bien des cas au moins, on eût pris pour des superfétations de simples retards dans la parturition de l'une des deux cornes? Il est, en effet, bien plus difficile de croire à la superfétation. Nous savons qu'une fois la conception achevée chez les animaux, le rut cesse et qu'il n'y a plus d'accouplement. Ce n'est, au reste, qu'une réflexion sur laquelle j'appelle des observations ultérieures (1).

MALADIES DES FEMMES. — 11. *Mémoire sur les douches froides, locales et générales, internes et externes, appliquées au traitement des engorgements et des déplacements de la matrice, ainsi que des accidents généraux qui accompagnent souvent ces affections*; présenté à l'Académie des sciences, le 12 mars 1849, par M. le docteur L. FLEURY, agrégé à la Faculté de médecine, etc.

(Gazette médicale de Paris, n° 19; 1849.)

Avant d'exposer les résultats thérapeutiques que j'ai obtenus dans le traitement de certaines affections de la matrice, résultats qu'il me paraît utile de faire connaître, il est nécessaire de bien s'entendre sur le sens pathologique des mots *engorgement utérin*. On sait, en effet, que quelques auteurs les effacent à peu près complétement des cadres nosographiques, tandis que d'autres en font une dénomination collective sous laquelle ils comprennent la simple congestion, l'hypertrophie, une induration de tissu, squirrheuse pour les uns, distincte du squirrhe pour les autres, l'encéphaloïde, les tubercules et jusqu'aux corps fibreux.

Sans entrer dans toutes les discussions que ces questions comportent, et que M. Monneret et moi avons abordées ailleurs avec détails, je dirai seulement, ici, que, pour moi, l'engorgement est *l'augmentation permanente du volume du corps ou du col de l'utérus, produite par l'épaississement partiel ou général de ses parois,*

(1) *Journal de médecine de Lyon.*

en l'absence de toute autre modification physiologique de l'organe gestateur, de tout développement d'un tissu hétérologue.

Cette définition sépare nettement l'engorgement utérin des différentes affections avec lesquelles il a été confondu, et établit une individualité morbide parfaitement caractérisée par l'anatomie pathologique et par la symptomatologie.

Il faut se rappeler, en outre, que la consistance du tissu engorgé peut être conservée, augmentée ou diminuée ; d'où trois espèces d'engorgement utérin : l'engorgement hypertrophique, l'engorgement avec induration et l'engorgement avec ramollissement.

Je dois dire aussi qu'il ne sera question, dans ce travail, que des *deplacements utérins proprement dits*, dans lesquels l'utérus a subi un déplacement absolu sans que la direction de ses différents axes soit changée *(élévation, abaissement)*, et des *inclinaisons*, dans lesquelles l'utérus se déplace en masse, de façon que son grand axe ne correspond plus à celui du grand bassin *(antéversion, rétroversion, obliquités latérales)*. Aucun cas d'*inflexion utérine* ne s'est présenté à mon observation, et la *chute* ou *prolapsus* de l'*utérus* est également hors de cause.

Malgré les travaux récents qui ont imprimé une si heureuse impulsion à la thérapeutique des affections utérines, l'engorgement est encore un écueil contre lequel viennent chaque jour se heurter les praticiens. Le fer rouge, qui a fourni à M. Jobert de si beaux résultats, peut à juste titre être considéré comme le remède héroïque de l'engorgement avec ramollissement du col *(état fongueux)*; mais son action n'est plus ni aussi sûre ni aussi puissante lorsqu'il s'agit de l'hypertrophie ou de l'engorgement avec induration. Ajoutons cependant, pour être juste, que de tous les moyens employés jusqu'à présent, c'est celui qui compte le plus grand nombre de succès. « Nous avons vu M. Jobert obtenir, et nous avons obtenu nous-même, à l'aide de la cautérisation avec le fer rouge, la guérison complète d'engorgements indurés volumineux, qui pendant plusieurs années avaient résisté aux traitements les plus variés et les plus énergiques. »

En dehors du fer rouge, on ne trouve guère dans les auteurs que contradiction et incertitudes. Le repos absolu de la malade, encore conseillé par quelques médecins, favorise la congestion utérine, et augmente par conséquent l'engorgement.

Les sangsues appliquées sur l'hypogastre, les lombes, les reins, les cuisses, à l'anus ou sur le col utérin lui-même, sont pour M. Duparcque le traitement préparatoire indispensable de la plupart des autres ; mais Boivin et Dugès, Lisfranc, M. Cho-

mel, sont bien loin de partager cette opinion. Quant à nous, notre expérience personnelle nous porte à rejeter les saignées locales d'une manière à peu près absolue.

Les saignées générales spoliatives (250 à 500 grammes), préconisées par M. Duparcque, reposent sur une théorie erronée qui rattache l'engorgement utérin à l'état phlegmasique ; elles ont presque constamment un résultat fâcheux. Plus on tire de sang, plus celui qui reste semble avoir de tendance à se précipiter vers l'utérus congestionné.

Les saignées générales dérivatives ou révulsives (15 à 180 grammes), tant prônées par Lisfranc et par quelques-uns de ses élèves, sont tombées dans un juste discrédit ; elles sont aujourd'hui à peu près complétement abandonnées.

La ciguë, vantée par M. Récamier, l'iodure de potassium, prescrit par Lisfranc, les alcalins, les ferrugineux, les mercuriaux, n'ont qu'une efficacité douteuse, et, dans tous les cas, très-exceptionnelle.

Les vésicatoires placés aux environs des organes sexuels, les exutoires établis au bas des reins, au-dessus des ligaments de Fallope, sur les cuisses ou sur les jambes, le séton posé autour de la cavité pelvienne ou sur l'hypogastre, sont des moyens auxquels peu de malades veulent se soumettre, et dont l'efficacité n'est point suffisamment démontrée pour en compenser les graves inconvénients.

Parlerai-je de l'abstinence prolongée (*cura famis*), qui, de l'aveu de M. Duparcque lui-même, ne réussit qu'en produisant l'amaigrissement, le dépérissement, le marasme et l'atrophie ?

Si maintenant l'on se demande de quels moyens le médecin dispose pour combattre efficacement les déplacements utérins, on arrive à un résultat plus regrettable encore ; car on est réduit à des moyens mécaniques, c'est-à-dire à des palliatifs dont les inconvénients sont souvent plus fâcheux que la maladie elle-même.

« On entrevoit difficilement, dit M. Velpeau, la possibilité de guérir les déviations de l'utérus, et comme il s'agit d'un phénomène matériel, il est certain que les médications et les ressources pharmaceutiques ne peuvent absolument rien contre ces maladies ; c'est donc à des procédés mécaniques seuls que l'on doit songer pour entrevoir quelques chances de succès, et encore s'aperçoit-on, en y réfléchissant quelque peu, que ces procédés doivent être d'une exécution fort difficile. »

Les différentes ceintures mécaniques occasionnent toujours plus ou moins de gêne et de douleur ; elle sont pour la femme une suggestion fatigante et désagréable ; enfin elles n'amènent

souvent qu'un soulagement peu marqué. Quant aux pessaires, tampons, éponges, etc. ; on en connaît assez les désagréments et les dangers pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point.

Priesnitz ne paraît pas avoir appliqué l'hydrothérapie au traitement des affections utérines, que, probablement d'ailleurs, il ne sait point reconnaître. MM. Scoutetten, Schedel et Engel ne les mentionnent point dans leurs ouvrages.

M. Baldou assure qu'il a eu souvent occasion d'admirer les beaux résultats obtenus par lui dans le traitement des maladies des organes génito-urinaires de la femme, mais il ne produit aucun fait de déplacement utérin, et quant à l'*engorgement*, on ne trouve dans son ouvrage qu'une seule observation fort incomplète, dont voici le résumé :

Obs. — Une dame éprouvait depuis trois ans *des douleurs utérines* très-vives et elle était arrivée à un tel point d'amaigrissement et de dépérissement, *qu'elle effrayait toutes les personnes qui la voyaient.* Cette malade, que *tous les médecins* avaient regardée jusque-là comme atteinte d'une *affection organique de l'utérus*, avait fait des injections de diverses natures et *avait été cautérisée un grand nombre de fois* ; elle était affligée, en outre de sa maladie utérine, d'un catarrhe chronique et d'hémorrhoïdes.

Un examen attentif fit reconnaître à M. Baldou « que le col de la matrice était dur et résistant, *un peu plus volumineux que l'état normal, mais il avait conservé sa forme ordinaire.* La matrice *paraissait être dans un état analogue.* La muqueuse qui recouvre le col de la matrice et celle qui tapisse la partie supérieure du vagin présentaient une demi-douzaine de points rouges, avec ulcérations superficielles très-douloureuses au toucher. »

Cette malade fut soumise au traitement hydrothérapique : enveloppement dans des couvertures de laine avec linges mouillés sur la poitrine et le bas-ventre ; affusions avec frictions pendant une minute ; injections, bains de siége de vingt minutes, bains entiers, douches, etc.

Les résultats de ce traitement furent les suivants :

Le cinquième jour les douleurs utérines cessent. Le dixième, le *toucher* ne fait plus reconnaître les *ulcérations du vagin* (et celles du col utérin ?). Le trente-deuxième, la malade gagne à vue d'œil de l'embonpoint et des couleurs. Le traitement est continué jusqu'à la fin du mois de mars (malheureusement nous ne savons point quand il a été commencé), et M. Baldou déclare qu'à cette époque le succès est complet.

Nous voulons le croire sur parole ; cependant nous aurions été désireux de savoir si la vue concordait avec le toucher quant

aux ulcérations, si le col avait cessé d'*être un peu plus volumineux que l'état normal*, et si la matrice ne *paraissait plus être dans un état analogue.*

Telle est cette observation que l'auteur place dans le chapitre consacré aux maladies des organes génito-urinaires, et que, quelques lignes plus bas, il présente comme un exemple de catarrhe chronique guéri par l'hydrothérapie ; le lecteur en appréciera la valeur.

M. Lubansky a eu souvent occasion d'appliquer l'hydrothérapie au traitement des affections utérines, mais il avoue qu'il s'est préoccupé surtout de l'état général des malades et que les troubles locaux ne lui ont fourni que des indications secondaires ; de là, probablement, des résultats qui nous paraissent ne pas avoir été complétement satisfaisants.

En effet, M. Lubanski nous apprend, avec une louable franchise, que le traitement a échoué sur trois malades dont l'une présentait une antéversion de l'utérus, l'autre un engorgement du col accompagné de douleurs névralgiques ; la maladie de la troisième n'est pas indiquée. A côté de ces insuccès se place, néanmoins, un fait qui mérite d'être signalé.

Obs. — Une femme atteinte d'un engorgement, d'un abaissement et d'une antéversion de l'utérus, ayant été traitée pendant plusieurs mois par Lisfranc, ayant subi l'introduction d'un pessaire par les mains de M. Hervez de Chégoin, présentant depuis plusieurs années des symptômes locaux et généraux fort graves, a été notablement soulagée par un traitement de quatre mois et demi ; l'antéversion subsistait toujours, mais l'engorgement et l'abaissement avaient disparu.

Ayant traité, depuis plusieurs années, un grand nombre d'affections utérines, j'ai dû rechercher si quelques indications, locales et générales, n'avaient pas été jusqu'alors trop négligées ou méconnues, et voici ce que M. Monneret et moi écrivions dans le *Compendium :*

« Les bains froids ont pour effet primitif de congestionner l'utérus, et pour effet consécutif, ou réactionnel, de ramener le sang du centre vers la circonférence, et par conséquent d'activer la circulation capillaire périphérique. M. Lisfranc ne tenant compte que de l'effet primitif rejette l'emploi de ce moyen dans le traitement de l'engorgement utérin, parce que, selon lui, il ne peut qu'augmenter la congestion dont la matrice est le siége. Les craintes de M. Lisfranc ont été souvent justifiées par l'usage des bains de rivière, des bains en cuve, des bains de siége, mais elles ne seront jamais réalisées si l'on a soin de ne point pro-

longer outre mesure l'effet primitif de l'eau froide, et de provoquer une réaction suffisamment énergique. Les procédés dans lesquels l'eau froide frappe toute l'enveloppe cutanée avec une certaine force de projection remplissent parfaitement ces deux conditions. Les bains de pluie, les douches, sont extrêmement utiles contre les indurations résultant de congestions antérieures ; ils modifient rapidement et fort heureusement l'état général et l'affection locale.

« C'est en considérant les déplacements utérins comme étant presque toujours *essentiels*, c'est en proclamant, *à priori*, l'inefficacité des moyens hygiéniques et pharmaceutiques que l'on a fourni à des charlatans l'occasion de guérir des déplacements qui, pendant plusieurs années, avaient résisté aux chirurgiens les plus habiles... La plupart des praticiens considèrent les déviations de l'utérus comme au-dessus des ressources de la médecine, et ils ne leur opposent qu'un traitement chirurgical, c'est-à-dire un traitement palliatif dont les inconvénients surpassent quelquefois ceux du déplacement lui-même... Nous professons une doctrine entièrement opposée ; nous croyons que les déplacements utérins sont en grande partie symptomatiques, nous croyons qu'une médication hygiénique et pharmaceutique dirigée contre la cause des déplacements est souvent suivie de succès... Pour remédier au relâchement des ligaments, on prescrira les bains de siége froids, les applications froides sur l'hypogastre, les douches, les injections, les lavements froids.... ; si la malade a maigri, il est urgent de modifier l'état général par l'exercice, l'alimentation, le séjour à la campagne, etc. »

Depuis que ces lignes ont été écrites, j'ai vu les douches froides exercer une action remarquable sur la digestion, la nutrition et l'innervation ; je les ai vues amener en peu de temps la résolution de congestions spléniques considérables, d'hypertrophies anciennes de la rate et du foie, je les ai vues modifier la vitalité des parties fibreuses qui unissent les os entre eux, et faire disparaître des engorgements articulaires de la nature la plus grave, et je me suis demandé alors si les douches froides ne seraient pas appelées à jouer un rôle important dans le traitement des affections utérines ; je me suis demandé si, par l'activité qu'elles impriment à la circulation capillaire périphérique, elles ne combattraient point la congestion de l'utérus aussi efficacement que celle de la rate, du foie, du poumon, etc. ; si, par l'énergie qu'elles impriment à l'absorption interstitielle, elles ne résoudraient point des engorgements utérins, hypertrophiques ou indurés, aussi bien que des hypertrophies spléniques, que des en-

gorgements articulaires; si elles n'exerceraient pas une action heureuse sur les ligaments de l'utérus comme sur ceux de l'épaule ou du genou ; si en ramenant l'appétit, l'embonpoint, si en régularisant l'innervation, elles ne combattraient pas efficacement les symptômes généraux et sympathiques, quelquefois si graves, qui accompagnent les maladies de l'utérus; je me suis demandé enfin si, rationnellement administrées, les douches froides ne répondraient pas aux indications, locales et générales, qui occupent la première place dans le traitement des engorgements et des déviations de l'utérus. (*La suite à un prochain numéro.*)

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 12. *Discussion clinique sur quelques observations de hernie étranglée*; par le docteur BOYER.

(Suite et fin : *voir* t. IV, avril 1849, p. 128; t. V, mai, p. 125.)

(Revue médicale, février et mars 1849.)

Hernie crurale droite étranglée; opération. Guérison.

OBS. IV. — M. B..., âgé de 70 ans, d'une constitution encore robuste, d'une bonne santé, portait depuis longtemps une hernie crurale droite. Bien que maintenue d'habitude, incomplétement réduite au moyen d'un bandage défectueux, elle n'avait point encore déterminé d'accident de quelque gravité. Le 6 septembre 1847, sans cause connue, la tumeur augmenta, et des vomissements se déclarèrent. La nature de ces phénomènes nouveaux fut cependant méconnue, et le malade ne suivit d'abord qu'un traitement intempestif dirigé contre une prétendue fièvre bilieuse. Les accidents s'étant prolongés sans amendement, il fut amené seulement le 11, pour y être traité de sa fièvre bilieuse supposée, à la maison de santé du docteur Deschamps, qui fut aussitôt frappé de l'erreur qui avait été commise. M. Deschamps reconnut l'existence d'une hernie crurale étranglée, et fit d'abord quelques manœuvres méthodiques et prudentes de taxis plutôt pour constater son état que pour la réduire. Ces tentatives parurent d'abord avoir amoindri le volume de la tumeur ; mais les vomissements persistant, M. Deschamps nous fit appeler, et, à quatre heures de l'après midi, je trouvai le malade dans l'état suivant :

Il existe dans la région crurale droite une tumeur large transversalement de cinq centimètres à peu près, verticalement de quatre, peu saillante, sans changement de couleur à la peau,

aplatie, lobulée, à peu près indolore à une pression modérée. Les vomissements continuent et offrent le caractère bilieux, mais non stercoral ; il y a des éructations, du hoquet. Le pouls est encore régulier, presque normal dans son rhythme et dans son développement. Il n'y a point de réaction fébrile, ni de refroidissement des extrémités. Le facies ne paraît pas sensiblement altéré. Le ventre n'est ni trop tendu, ni très-douloureux, bien qu'il n'y ait point eu d'évacuation alvine depuis le début des accidents.

D'après cet ensemble de phénomènes, je diagnostiquai une hernie entéro-épiplocèle, ancienne, au moins quant à l'épiploon, étranglée probablement au moment même de l'issue de l'anse intestinale à travers l'anneau, et dans l'espoir d'obtenir la réduction de celle ci, je commençai par pratiquer le taxis à peu près pendant vingt minutes. A plusieurs reprises, la tumeur parut diminuer de volume. Je crus même un instant l'avoir complétement réduite, mais bientôt je m'aperçus qu'elle s'était dérobée à mes efforts en échappant latéralement. Enfin, la tumeur paraissant avoir diminué considérablement, espérant que peut-être l'anse intestinale était réduite, et que le cours des matières pourrait se rétablir, je m'arrêtai et je prescrivis un bain, l'application sur la tumeur d'un cataplasme émollient et un lavement laxatif.

Ce lavement fut rendu sans mélange. Les vomissements persistèrent et prirent un caractère fétide et presque stercoral. A huit heures, je revis le malade avec M. Amussat : nous crûmes devoir de nouveau pratiquer ensemble le taxis, ce qui fut fait d'une manière énergique et persévérante pendant une heure et demie à peu près. Le malade fut placé sur un plan solide, le siége un peu élevé ; deux personnes à la fois embrassèrent la circonférence de la tumeur, cherchant à diminuer son volume par une pression soutenue, et agissant principalement sur son collet en lui imprimant en totalité un effort de refoulement dirigé vers l'anneau, tantôt d'une manière directe, tantôt par une sorte de mouvement de vrille ou spirale.

Pendant quelque temps, comme cela nous était arrivé antérieurement à M. Deschamps et à moi, M. Amussat crut sentir une diminution de la tumeur, et espéra qu'elle finirait par se réduire ; mais, il dut aussi renoncer à la faire rentrer entièrement. On appliqua provisoirement l'ancien bandage et l'on renouvela la prescription précédente : bain, cataplasme, lavement purgatif.

Le lendemain 12, au matin, il n'y avait point encore eu d'évacuation ; les vomissements continuaient. Du reste, pas de dou-

leur vive, pas de fièvre ; l'état général restait le même ; les traits et la coloration du visage n'étaient pas sensiblement altérés En raison de cette bénignité des phénomènes observés, nous différâmes encore l'opération. A six heures du soir, l'état étant le même, et un vomissement stercoral ayant eu lieu, ne pouvant plus douter de la persistance de l'étranglement, M. Amussat étant empêché, je priai MM. Foullioy et Deschamps de se réunir à moi en consultation, et l'opération ayant été unanimement décidée, le malade l'acceptant avec courage, j'y procédai aussitôt avec l'assistance de ces deux honorables confrères, et celle de M. Amussat fils.

Le malade, convenablement placé sur un meuble solide, la région de l'aine préalablement rasée, je fis former un pli des téguments perpendiculaire au pli de l'aine, et je pratiquai, sur ce pli de la peau, une large incision parallèle au ligament de Fallope, et s'étendant par ses deux extrémités jusques aux limites interne et externe de la tumeur. En dehors, cette incision passait au devant de l'artère crurale que l'on sentait battre très-distinctement presque à nu, séparée du doigt seulement par les couches graisseuses et aponévrotiques sous-cutanées. En dedans, elle s'étendait jusqu'à l'insertion des muscles adducteurs de la cuisse. En incisant avec soin, couche par couche, des parties superficielles vers les parties profondes, nous rencontrâmes l'artère sous-cutanée abdominale, je la fixai avec deux pinces, la coupai dans l'intervalle et pratiquai immédiatement la torsion de chacun de ses bouts.

En procédant toujours avec la même circonspection, nous arrivons peu à peu, et sans rencontrer de sac nettement distinct sur une masse arrondie, irrégulière, de couleur brune, mais non gangrenée, dont nous reconnaissons facilement la nature épiploïque. En cherchant avec soin à l'isoler des parties voisines, nous pouvons la circonscrire dans toute sa portion interne et la séparer d'une cavité lisse, séreuse, qui ne contient point de liquide. Supérieurement elle se continue en un pédicule grêle, un peu allongé, qui se dirige vers l'anneau. En dehors, la surface de cette tumeur est adhérente avec les tissus contigus, et l'on ne peut l'en séparer qu'en divisant les brides celluleuses qui établissent leur continuité. L'on parvient ainsi peu à peu à circonscrire entièrement cette masse épiploïque herniée sans reconnaître encore d'intestin nulle part. En examinant avec soin toute sa surface, nous trouvons vers la partie externe une petite bosselure lisse, arrondie, qui paraît au premier abord offrir quelque analogie de forme avec une petite anse intestinale. Une dissec-

tion, exécutée sur ce point avec les plus grandes précautions nous fait cependant reconnaître que ce n'est encore qu'une portion de la masse épiploïque principale.

Ne trouvant véritablement l'intestin sur aucun point de la périphérie de la tumeur épiploïque, nous portons alors toute notre attention sur son pédicule. A sa partie supérieure, à un centimètre au-dessous du ligament de Fallope, il est entouré par un collet ou anneau fibreux, dense, très-serré, qui nous paraît être le principal agent de l'étranglement. Inférieurement, ce collet se continue avec un feuillet adhérent à la surface de la masse épiploïque elle-même. Au-dessus, il se continue avec une surface légèrement bosselée, paraissant offrir un peu de rénitence. C'est là que nous espérons trouver l'intestin et que nous dirigeons notre recherche. En éraillant avec soin le tissu, au moyen de l'extrémité de la sonde cannelée, nous pénétrons, enfin, dans une excavation distincte, et, par la petite ouverture qui a donné passage à l'instrument, nous reconnaissons l'aspect de la surface péritonéale d'une anse d'intestin de couleur rose pâle.

Alors j'insinue de haut en bas la sonde cannelée derrière le collet fibreux du sac, agent de l'étranglement, et je le divise avec des ciseaux mousses. Cet agrandissement de l'ouverture permet une exploration plus exacte. L'intestin au-dessus de ce point est d'un blanc légèrement rosé, lisse à sa surface. Immédiatement au-dessous, il devient d'un rouge brun, et sa surface a perdu son aspect poli. On reconnaît une anse intestinale qui s'engage au centre de la masse épiploïque dont elle est enveloppée en totalité et qui lui forme un second sac. En dirigeant les ciseaux en partie sur la cannelure d'une sonde, en partie sur le doigt qui sert de conducteur, j'incise le sac dans toute sa longueur en fendant toute l'épaisseur de la masse épiploïque ; ce qui permet de voir complétement l'anse intestinale herniée, dont la surface, d'un rouge brun, a perdu son poli naturel et présente, dans le point de contact de ces deux parties et dans toute sa circonférance, des adhérences celluleuses, récentes, molles, qui cèdent avec facilité sous une douce traction, et permettent de rendre l'anse intestinale entièrement libre. Cette anse déployée pouvait offrir dix centimetres de long : elle était contenue dans une cavité formée uniquement par l'épiploon dont les parois étaient dans toute leur étendue adhérentes à la surface intestinale et qui ne contenait pas de liquide.

Alors, en portant le doigt à l'anneau, je reconnais facilement le ligament de Gimbernat : conduisant sur la pulpe de l'index gauche un bistouri courbe boutonné, je l'introduis sous le liga-

ment, j'attire ensuite avec précaution l'instrument au-dehors, tout en pressant sur le dos de la lame avec le doigt qui a servi à le diriger, faisant ainsi agir le tranchant, obliquement en dedans et un peu en haut, sur les fibres réfléchies qui cèdent en criant sous le tranchant. La lame entièrement retirée, le doigt peut aisément franchir l'ouverture et s'assurer qu'il n'y a derrière elle aucune autre cause d'étranglement.

Ce débridement exécuté, j'attire un peu les deux bouts de l'intestin, et nous reconnaissons sur chacun d'eux le point rétréci par la constriction, mais non point altéré de manière à faire appréhender la formation d'une eschare. Dès-lors, la réduction s'effectue facilement, sans effort, d'une manière complète ; elle est successivement constatée par MM. Foullioy et Deschamps. Nous laissons l'épiploon au-dehors sans l'exciser. Le malade a parfaitement supporté l'opération qui a été nécessairement un peu longue, et a, pendant toute sa durée, montré le plus grand courage et la résolution la plus énergique.

Pour diminuer l'étendue de la plaie, mais ne voulant point, cependant, tenter la réunion immédiate, nous appliquons un point de suture superficielle à deux centimètres de distance de l'extrémité interne de l'incision, et deux autres vers l'extrémité externe. Dans le centre, les lèvres de la plaie restent écartées l'une de l'autre de deux centimètres à peu près par la saillie que forme en ce point l'épiploon non réduit. Nous complétons ce pansement au moyen d'un linge troué enduit de cérat, charpie, compresse, spica de l'aine, et le malade est reporté dans son lit. (Prescription : boisson simple, lavement émollient dans deux heures.) L'expulsion du lavement détermine une première selle suivie de six autres très-copieuses pendant la nuit. Le matin le malade est fatigué, mais ne souffre point ; il n'y a plus d'envie de vomir, le ventre est souple, déprimé, il n'y a plus de fièvre.

Le 14, l'état général continue à être très-satisfaisant : presque pas d'agitation pendant la nuit, pas de fièvre, pas de douleur, langue humide ; nous permettons un bouillon léger ; le soir nous procédons à un premier pansement ; la plaie est en bon état et commence à s'humecter d'une suppuration un peu sanieuse.

Le 16, la suppuration est formée, en quantité modérée, de bonne nature ; quelques petites eschares superficielles très-minces se forment sur les bords de la section de l'épiploon. Ces eschares, qui continuent à se détacher les jours suivants, et la suppuration qui se produit à la surface de l'épiploon, diminuent graduellement son volume, tellement qu'après la cicatrisation on ne retrouve plus de vestige de la tumeur qu'il formait encore dans la plaie

après l'opération. Le 17 et les jours suivants, nous enlevons les aiguilles, les bords de la plaie restent rapprochés, la suppuration s'écoule facilement. Le 20, les deux extrémités paraissent presque cicatrisées, l'écartement de la partie moyenne diminue, les selles sont plus régulières (bouillons, potages.)

Le 25, la suppuration diminue, la plaie est devenue presque linéaire, nous substituons un pansement avec de la charpie sèche, au pansement cératé ; l'alimentation devient plus copieuse ; quelques cautérisations légères avec le nitrate d'argent accélèrent la cicatrisation qui est complète vers le 10 octobre. La cicatrice est solide, linéaire et sans frottement de la peau ; elle offre une longueur de dix centimètres ; elle ne présente plus la moindre saillie dépendant de l'épiploon hernié qui a disparu complétement.

Cependant le bandage du malade étant défectueux, la hernie tendait peu de temps après à se reproduire et à former une nouvelle saillie située moitié au dessus et moitié au-dessous de la cicatrice. Pour la maintenir, et après plusieurs essais, nous nous sommes arrêtés à l'emploi d'un bandage établi d'après les données suivantes judicieusement formulées par M. Fouilloy. « Donner « pour point d'appui au bandage la ceinture osseuse du bassin, « le placer à l'abri de toute influence de la part des agents mus- « culaires, éviter toute obliquité susceptible de favoriser son « glissement ; » D'une pelote postérieure prenant son point d'appui sur le sacrum, se détachent deux ressorts exactement moulés sur la circonférence du bassin et passant horizontalement entre la saillie formée par le grand trochanter et la crête de l'os des îles. Ces deux ressorts sont réunis antérieurement au moyen d'une courroie d'attache, qui complète une ceinture horizontale placée à l'abri de l'action de tous les muscles moteurs de la cuisse, et de toutes les inclinaisons du membre et du tronc lui-même. De l'un de ces ressorts, se détache le collet de la pelote dirigée verticalement en bas, agissant exactement sur l'orifice de l'anneau à la partie supérieure du triangle crural, et se trouvant ainsi elle-même à l'abri de l'action des muscles et du soulèvement produit par la flexion du membre. »

Ce bandage, tout en n'offrant qu'un très-petit volume, reste parfaitement en place sans sous-cuisse et maintient la hernie parfaitement réduite dans toutes les positions : il me paraît le plus efficace et le moins gênant pour les cas de hernie crurale. Je l'ai employé avec un égal succès sur un autre malade qui avait inutilement eu recours à un grand nombre d'autres bandages.

Je ne reviendrai pas à propos de ce fait sur les généralités de

l'histoire des hernies, dont j'ai esquissé quelques traits dans les observations précédentes ; je ferai seulement remarquer la disposition anatomique des parties, le sac véritable étant dans presque toute son étendue adhérent à l'épiploon qui formait lui-même la cavité dans laquelle l'intestin était contenu ; la disparition spontanée de la tumeur formée par l'épiploon, et l'innocuité du taxis qui avait précédé l'opération. Sous les rapports de la symptomatologie, de la marche des accidents et des indications thérapeutiques, cette observation peut donner lieu à l'application de la plupart des réflexions que m'ont suggérées les faits précédents, et que j'ai consignées à la suite de chacune des observations qui s'y rapportent.

Hernie inguinale directe étranglée (taxis, réduction).

Obs. V. — M. R..., âgé de 71 ans, portait depuis longtemps, dans le pli de l'aine, de chaque côté, une hernie, qu'il maintenait réduite au moyen d'un double bandage ; de temps à autre cependant, l'une ou l'autre de ces deux hernies s'échappait sous le bandage, mais il lui était ordinairement facile de la faire rentrer.

Le 7 janvier 1847, vers trois heures de l'après-midi, sans aucune cause connue, il s'aperçut que la hernie gauche avait glissé sous la pelote et était un peu plus grosse qu'elle n'avait l'habitude de l'être dans ces occasions ; il rentra chez lui, et essaya vainement d'en opérer la réduction. Il prit sans succès un lavement, appliqua ensuite un cataplasme sur la tumeur et temporisa. Cependant la tumeur persista, et, vers deux heures du matin, se déclarèrent des hoquets et des vomissements bilieux. Vers sept heures du matin, ces accidents n'ayant pas cédé, il se décida à réclamer les soins de M. le docteur Ch. Levaillant.

M. Levaillant chercha d'abord à s'assurer de la réalité de l'étranglement et de son degré de résistance, en pratiquant le taxis avec précaution et conformément aux préceptes de l'art ; mais, voyant bientôt qu'il n'en obtenait aucun effet immédiat, convaincu d'ailleurs des inconvénients des tentatives intermittentes et réitérées de taxis, il crut devoir suspendre ses essais, et prescrivit un bain entier prolongé, l'administration d'un lavement purgatif, et l'application de la glace sur la tumeur. En même temps il me demanda de m'adjoindre à lui pour renouveler ensemble avec plus de persévérance et d'énergie les tentatives de taxis, et, en cas d'insuccès, passer outre à l'opération.

Le soir, à 7 heures, nous nous réunîmes en conséquence auprès du malade. Les phénomènes de l'étranglement persistaient.

Le ventre n'était encore, il est vrai, que modérément tendu et douloureux ; mais les nausées alternaient avec des vomissements bilieux rapprochés, le pouls était fréquent et concentré, la langue sèche et rouge à la pointe.

Ayant découvert le malade, et avant même d'enlever le sachet de glace qui enveloppait la tumeur du côté gauche, je reconnus à droite, au niveau de l'anneau inguinal, une petite tumeur arrondie, molle et sans changement de couleur à la peau, qui disparut immédiatement avec un léger gargouillement sous la simple pression de l'index et du médius.

La tumeur du côté gauche était arrondie, du volume de la grosse extrémité d'un œuf à peu près. Elle siégeait exactement sur l'anneau inguinal, ne se prolongeait pas suivant la direction oblique du canal, occupait un peu la partie supérieure du scrotum, et se trouvait séparée de l'artère crurale, située beaucoup plus en dehors, par une distance de deux ou trois centimètres à peu près. La peau était rouge ; mais cette coloration nous parut due au contact de la glace. La consistance de la tumeur était dure. D'après sa forme et son siége, nous reconnûmes immédiatement une hernie inguinale directe, et le premier attouchement avait déterminé un léger gargouillement, qui nous donnait l'espoir de parvenir à la réduction.

Après avoir pris nos dispositions, c'est-à-dire après avoir placé un corps résistant au-dessous du premier matelas, le malade étant couché sur le dos, les genoux pliés et légèrement écartés, la tête un peu soutenue pour relâcher la ligne blanche, je me plaçai à droite du malade, quoique la tumeur fût à gauche, afin de pouvoir me servir plus efficacement de la main droite pour repousser les parties herniées.

Saisissant alors la tumeur par sa partie inférieure avec les cinq doigts de la main droite en même temps que je m'appliquais à rétrécir sa partie supérieure avec le pouce, l'index et le médius de la main gauche, je cherchai doucement à la pétrir, à l'allonger et à la refouler ensuite, tantôt directement, tantôt par un mouvement de vrille, suivant la direction présumée de sa sortie, c'est à-dire d'avant en arrière. M. Levaillant se joignit à moi pour envelopper plus exactement toute la surface de la tumeur, afin de l'empêcher d'éluder nos efforts en se déplaçant brusquement. Ces tentatives furent pendant quelque temps inefficaces, et elles occasionnaient au malade des douleurs qu'il témoignait d'une manière exagérée par des plaintes et des mouvements désordonnés ; plusieurs fois la lassitude, et une véritable crampe dans la main droite, me forcèrent à suspendre le taxis.

M. Levaillant me remplaçait alors et continuait les mêmes efforts. Enfin, après plus d'une demi-heure de ces tentatives, au moment où le malade se livrait à un violent mouvement, feignant moi-même un moment d'emportement, je lui enjoignis d'une manière sévère d'être plus docile, et ce ton impérieux ayant un instant détourné son attention, je sentis tout à coup un large gargouillement et la tumeur s'affaisser aux trois quarts ; dès-lors nous eûmes la conviction que nous arriverions à réduction complète ; en effet, quelques minutes de plus suffirent pour la faire rentrer en entier ; un examen attentif nous fit reconnaître que la hernie était exactement réduite, et l'anneau complétement libre.

Nous plaçâmes alors provisoirement le bandage double que possédait le malade, en attendant d'en avoir un autre mieux approprié. Nous fîmes appliquer un large cataplasme sur le ventre et nous prescrivîmes l'emploi d'un lavement purgatif composé d'infusion de vingt grammes de follicules de séné et soixante grammes de miel de mercuriale, une boisson douce et la plus grande immobilité.

Le lavement fut pris en deux fois : la première moitié ayant été gardée une demi-heure sans provoquer d'évacuation, la seconde fut administrée alors, et trois quarts d'heure après, commencèrent des déjections stercorales abondantes qui se renouvelèrent jusqu'à huit fois dans le courant de la nuit.

Le matin, M. Levaillant, ainsi que nous en étions convenus, prescrivit au malade une bouteille d'eau de Sedlitz à prendre par demi-verre, d'heure en heure. Les évacuations continuaient, le ventre était souple, indolore, il n'y avait point de sensibilité dans la région de la hernie. La langue était encore sèche, mais il n'y avait plus ni vomissements ni nausées, seulement encore quelques hoquets de loin en loin. Le pouls était régulier, sans fréquence. Peu à peu ces derniers symptômes de l'étranglement se dissipèrent, le calme se rétablit, et deux jours après, le malade en était revenu à son état de santé habituel.

— Cette observation, malgré sa simplicité, ne me paraît pas déplacée à la suite des précédentes et des réflexions qui les accompagnent. Elle offre, en effet, un exemple de succès obtenu par un taxis énergique et prolongé, pratiqué d'après la méthode de M. Amussat.

Je pourrais rapporter un grand nombre d'autres observations de hernies, soit inguinales, soit crurales, qui justifient l'excellence de cette méthode de taxis dans beaucoup de cas qui seraient généralement considérés comme des cas d'opération. Si

je ne les rapporte point ici dans la crainte d'allonger ce travail, c'est que cela me paraît superflu après les publications de M. Amussat lui-même sur ce sujet (1); mais ce que je ne puis omettre comme conséquence logique de ses observations, et comme résumé de la discussion qu'elles m'ont suggérée, c'est de signaler combien sont diverses les conditions dans lesquelles peuvent se présenter les hernies affectées d'étranglement, et combien il serait irrationnel de prétendre, dans toutes les variétés et à toutes les époques de la maladie, appliquer une *formule* unique et toujours la même à son traitement. Les faits que je viens de rapporter me semblent tous offrir un intérêt propre, et par leur réunion ils me paraissent justifier cette assertion, qui a toujours été ma profession de foi médicale, que si, dans l'étude théorique, il importe de grouper les faits et de systématiser, il ne faut pas oublier que dans la pratique il n'y a que des individualités, et que pour chaque fait particulier il reste encore à doser avec discernement l'application des préceptes généraux.

---

13. *Mémoire sur le mécanisme de l'étranglement des hernies, et l'emploi du chloroforme pour la réduction;* par M. Guyton, interne des hôpitaux.

(Suite et fin : *voir* t. V, mai 1849, p. 131.)

(Revue médico-chirurgicale, avril 1849.)

La division en deux périodes que j'établis, toute artificielle qu'elle est, peut se justifier jusqu'à un certain point : la première fixe l'attention sur le fait primitif et la cause de l'irréductibilité avant toute lésion importante ; elle comprend le début des accidents, marque leur départ, circonscrit une indication bien déterminée, la réduction. Elle finit au moment où les désordres intérieurs se manifestent au chirurgien par leurs signes évidents, c'est alors la deuxième période. La transition est sans doute difficile à saisir dans les limites rapprochées; mais, dans tous les cas, cette division est plus rationnelle que celle des auteurs qui ont fait de deux phases d'une même affection deux espèces différentes.

Pour étendre le cercle des preuves que nous avons assignées en faveur de notre théorie, essayons de rattacher toute cette grande famille des étranglements, qui occupe une si large place dans la chirurgie, à deux classes naturelles, et d'établir l'identité parfaite du mécanisme pour les deux. Les organes qui s'étranglent contiennent du sang ou du gaz; que ce soit le poumon à travers les parois de la poitrine, l'intestin dans un

(1) *Voir* aussi la *Revue médicale*, mars 1848.

anneau, le cerveau à travers une perforation du crâne, l'iris à travers une perforation de la cornée, l'épiploon dans un anneau, des parties phlogosées dans une boutonnière aponévrotique, il y a identité de conditions, identité de résultat, l'inflammation, la gangrène.

Il existe dans tous les tissus et les organes vivants une force bien manifeste, une tendance virtuelle à l'expansion, nécessaire pour lutter contre une pression atmosphérique sous laquelle nous serions *étouffés*, tandis qu'au contraire nous la surmontons et que nos appareils, même les moins doués d'une vigueur apparente, comme ceux de la circulation capillaire, accomplissent leurs fonctions en transgressant les lois physiques de la pesanteur. Partout, dans l'intérieur du corps, les poumons sont égaux ou se contrebalancent continuellement ; mais que l'équilibre vienne à se rompre dans un point, qu'une portion circonscrite d'un organe se soustraie à ces actions réciproques, aussitôt les fluides les plus mobilisables qu'il renferme s'accumuleront dans la partie herniée. De là une augmentation de volume, la perte de rapport avec l'ouverture qui lui a livré passage ; celle-ci est toute passive, on ne le contestera pas, pour les parois de la perforation du crâne, de la cornée, et même pour les anneaux fibreux naturels, ou le collet fibro-cartilagineux d'un sac péritonéal déjà ancien.

Irritée par des excitants extérieurs, par sa position anormale, la portion d'un organe vasculaire déplacée reçoit du sang par le pédicule qui établit sa continuité avec l'autre, s'étale sous forme do champignon, et n'étant plus convenablement soutenue, elle se laisse distendre, puis se gangrène. Cet accroissement de volume par le sang est le phénomène primitif et incessant ; la tumeur périt dans une sorte de suffocation, incapable qu'elle est de rendre à la circulation le liquide qui l'envahit.

L'étranglement des organes aérifères se fait suivant un mode analogue, malgré quelques différences tenant à celles des rapports et des positions. Une blessure ouvre la poitrine au moment d'un effort ; un segment du poumon surpris dans un état de tension s'échappe ; il forme au dehors un appendice renflé, sonore, rénitent, dont le volume tient à la présence des gaz dilatés. Leur expulsion n'est plus sollicitée par la compression des parois thoraciques, et seule, l'élasticité du tissu pulmonaire est insuffisante pour la produire. Les lobules herniés communiquent avec l'intérieur de la poitrine et le reste de l'appareil au moyen de leurs tuyaux bronchiques ; chaque inspiration, et elles se renouvellent sans cesse, introduit l'air extérieur dans les anneaux aériens ; il se répand dans tous avec la même force, presse la

colonne de gaz qui aboutit à la tumeur et tend à s'y engager. D'ailleurs, au moment où cette action élastique du tissu pulmonaire pourrait se faire sentir, l'expiration se produit, les côtes se rapprochent en diminuant passivement l'ouverture de sortie, et bientôt l'inflammation vient paralyser cette action en compromettant la vitalité du tissu.

Comparons les causes qui établissent l'irréductibilité de la hernie intestinale. Effort, compression subite de l'intestin ; une anse s'engage dans une cavité non contractile sans réaction sur ses parois; les gaz, fuyant sous le poids des muscles abdominaux, s'y accumulent ; distension de la tumeur : la douleur apparaît aussitôt, rend la contraction musculaire et la distension permanentes.

Comme pour le poumon, il y a donc une portion d'organe soustraite aux soutiens naturels qui aident à la circulation de leurs gaz ; elle ne se vide plus de son contenu. Le mouvement péristaltique de l'intestin ne peut, pas mieux que l'élasticité seule du poumon, surmonter les obstacles que tous deux rencontrent. Pour le premier, c'est la pression abdominale tout entière que lui transmet le tube digestif en communication avec la hernie ; pour le second, c'est l'introduction continuelle de l'air qui retentit jusqu'aux lobules échappés avec l'énergique impulsion de l'appel inspiratoire.

La vitalité des tissus se manifeste par une vascularisation plus grande ; le sang afflue, le système veineux s'embarrasse ; l'épaississement, l'inflammation, la gangrène en sont consécutivement l'effet, comme à la suite de toute constriction. J'ai supposé les conditions dans lesquelles se fait l'issue du poumon ; il n'en est pas de même lorsque l'air peut subitement s'engouffrer dans le thorax par une large plaie ; il acquiert immédiatement une tension qui fait équilibre à la colonne atmosphérique extérieure, et le poumon, placé dans les mêmes circonstances que pour l'expérience sur le cadavre, revient en partie sur lui-même, est désormais refoulé autour de son pédicule.

L'étranglement des organes seulement vasculaires s'opère par l'expansion libre des liquides et les forces vives de la circulation; celui des organes aérifères par la compression que reçoivent les gaz de la tumeur, à de courtes intermittences pour le poumon, suivant une action continue pour l'intestin. En dernière analyse, le mécanisme est toujours *un défaut de pression sur la partie herniée équivalente à celle qui lui est transmise.*

La contraction abdominale par son degré est la mesure de l'obstacle à la réduction : on en jugera par l'observation suivante, où des manœuvres plus régulières que celles du malade parvinrent à l'obtenir en peu de temps.

Obs. IV. — Le 6 septembre, à 5 heures du soir, est reçu à la salle Sainte Marthe, n° 78, le nommé Caffin, âgé de 36 ans.

Affecté d'une hernie crurale du côté gauche, il venait d'être pris subitement d'accidents. Il avait mangé à une heure, et il continuait ses courses dans Paris, lorsque tout à coup il éprouva de la douleur, un malaise général, puis des nausées; il rendit son dîner. Portant la main à sa tumeur, il la trouva augmentée de volume, essaya de la réduire, mais sans succès. Il se trouvait près de l'Hôtel-Dieu, il s'y fit conduire.

Je vis de suite le malade. Il existait à gauche une tumeur, grosse comme un œuf de dinde, tendue, sonore en dehors et en haut, donnant en ce point de la résistance, tandis qu'en dedans et en bas on reconnaissait manifestement l'épiploon, à sa matité, sa consistance et à ses lignes noueuses. Les parois abdominales sont assez souples, on les déprime et les manie sans trop de résistance. Du reste, les souffrances ne sont pas très-vives, la douleur est modérée dans la hernie; les nausées continuent, le malade a quelques régurgitations plutôt que des efforts de vomissements; état de malaise. L'examen de la peau du ventre me fit penser que la réduction n'offrirait pas grande difficulté; les manœuvres ne devaient pas beaucoup en augmenter la contraction, puisque la tumeur n'était pas trop douloureuse. Sans avoir recours au chloroforme, j'embrassai aussi exactement que possible avec les deux mains la portion sonore de la hernie, et la comprimai graduellement; je sentis bientôt un gargouillement considérable, et refoulai sans efforts les parois flasques qui étaient restées entre mes doigts. Je laissai au dehors une masse épiploïque que j'essayai de réduire, sans insister longtemps.

Soulagement immédiat; les maux de cœur cessent à l'instant.

Je recueillis les détails suivants : En 1832, le malade s'aperçut qu'il avait à l'aine gauche une petite tumeur du volume d'une noix, dure, non douloureuse. Comme il n'en éprouvait aucun mal, il n'y fit pas grande attention. Sa profession d'ajusteur-mécanicien ne l'obligeait pas, du reste, à des travaux pénibles. Jamais il n'essaya de réduire cette tumeur, jamais non plus il n'a porté de bandage; aussi n'a-t-il pas étudié, dès les premiers temps, la hernie comme ceux qui ont l'habitude de la faire rentrer quelquefois. Elle a augmenté peu à peu et acquis le volume d'un œuf de poule qu'elle conserve habituellement. De temps à autre, par suite d'une marche prolongée, d'un travail un peu pénible, elle grossit beaucoup; alors le malade se couche sur le dos, la comprime et la fait diminuer en refoulant l'intestin qui descend accidentellement. Jamais il n'en a autrement souffert; les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement.

Une fois, cependant, il y eut des accidents. C'était le 15 mai dernier, au milieu du tumu te à la répression duquel le malade prit une part active : il faisait de grands efforts pour arriver jusqu'à l'un des chefs de l'émeute qu'il voulait arrêter, lorsqu'il ressentit tout à coup une douleur très-vive qui le contraignit à demander du secours. L'intestin venait de s'engager dans le sac herniaire, le distendait, et les tentatives du malade pour le réduire furent inutiles. On le transporta de suite à l'hôpital Saint-Louis. Douleurs très vives, vomissements fréquents. M. Malgaigne le reçut et parvint à faire rentrer l'intestin par un taxis qui dura une bonne demi-heure. Après l'examen de l'épiplocèle, on constata son irréductibilité. Le chirurgien désirait garder cet homme pour tenter la réduction de l'épiploon, mais il voulut quitter l'hôpital. Il lui fut alors conseillé de se munir d'un bandage bien fait et de revenir plus tard. Aucune de ces prescriptions n'a été suivie.

J'étudiai de nouveau l'épiploïde et la position qu'il occupait dans le sac ; le doigt introduit dans le collet passe au dessous du ligament de Fallope ; en dehors, on trouve en ses limites les battements de l'artère crurale. L'anneau me parut large, quoique en partie obstrué par l'épiploon qui en remplit le tégument interne. La tumeur fait saillie à la partie supérieure et un peu interne de la cuisse gauche ; la peau qui la recouvre est mobile, flasque, elle a cédé par distension, on peut y faire des plis étendus; probablement la hernie était soumise à des variations de volume assez fréquentes. Le cordon testiculaire, libre dans toute son étendue, conduit à l'ouverture un peu dilatée du canal inguinal; mais on n'y sent pas, ainsi que dans son trajet, d'impression anormale par les secousses de la toux.

Le malade est resté jusqu'au lendemain matin ; il a promis de se pourvoir d'un bandage à pelote concave.

Cette observation montre, en quelque sorte, la période de transition entre les accidents des hernies volumineuses qui ne s'étranglent plus, à proprement dire, et ceux des hernies de moindre grosseur qui opposent à la réduction des difficultés plus insurmontables. L'anneau avait été beaucoup élargi par des dilatations fréquentes; la gêne qu'il causait à l'intestin n'était pas considérable, les douleurs n'étaient pas vives ; aussi la contraction abdominale fut assez modérée pour permettre de la surmonter sans trop de peine par le taxis ordinaire. La souffrance du tube digestif, du reste en travail d'élaboration, suffit cependant pour produire ce malaise particulier qui est suivi de vomissements. Trois mois auparavant, les choses ne s'étaient pas passées d'une manière aussi simple, quoique dans des circonstances analogues,

M. Malgaigne avait été obligé de lutter longtemps pour réduire.

Une remarque encore. La dureté, la tension du ventre contracté, prennent, comme je l'ai dit, leur point de départ dans la douleur qu'éprouve la hernie. En effet, que l'intestin désorganisé ne sente plus, que sa vitalité soit atteinte, comme dans les dernières phases de l'étranglement, les parois musculaires s'amollissent, leur ressort est détendu, et cette résolution générale est un signe de la gangrène imminente ou déjà confirmée.

Je termine par un court exposé des divers moyens avec lesquels on a obtenu la réduction des tumeurs herniaires, succès dont la signification, mal comprise, paraissait si vague qu'on n'en déduisait pas les indications rationnelles : nous verrons qu'ils s'expliquent sans peine par la théorie du mécanisme de l'étranglement et qu'ils la vérifient.

Richter, dont le précieux ouvrage contient des travaux si avancés sur la hernie, consacre à ces moyens de longs développements. Je renvoie, toutefois, comme plus classique, au livre de M. Jobert qui les résume (1). Je passerai sous silence l'explication de leur mode d'action qu'en donne cet auteur ; il la rattache entièrement à l'augmentation du mouvement antipéristaltique de l'intestin. La méthode suivie dans ses expériences suffit pour les réfuter. Je néglige aussi quelques applications thérapeutiques bizarres, dangereuses même et sans résultat possible.

Agents appliqués sur la tumeur même. — Compressions avec des poids; réfrigérants. Par conséquent, stupéfaction locale, diminution de la douleur, coarctation des tissus, tendance au resserrement ; et, par suite, diminution de la contraction musculaire, refoulement d'une certaine quantité de gaz.

Moyens généraux. — Les bains. « Ils ont pour effet de porter « dans tous les tissus une espèce de relâchement qui est très- « favorable à la réduction des viscères ; sous ce rapport on peut, « jusqu'à un certain point, comparer leur action à celle de la « saignée. Les bains diminuent encore la douleur d'une manière « remarquable ; cela est tellement vrai, que les malades suppor- « tent avec patience les symptômes de l'étranglement qu'ils ne « pouvaient auparavant endurer. »

La saignée. « Elle doit être, en général, pratiquée par une « large ouverture, et on doit retirer une quantité de sang assez « considérable pour amener une déplétion subite et instantanée. « On a obtenu, par cette conduite, bien plus d'avantages que si « le sang était sorti en petite quantité, comme par une petite « ouverture. La syncope, si désirable dans quelques-unes de ces

(1) *Traité théorique et pratique des maladies chirurgicales du canal intestinal*, par M. Jobert (de Lamballe), 1829.

« circonstances, est bien plus promptement obtenue par une « large saignée que par une petite.

« Les malades se trouvent-ils mal, on les fera coucher hori- « zontalement, et pendant ce moment favorable, on recommen- « cera les tentatives du taxis, qui alors soat assez souvent cou- « ronnés de succès.

« La faiblesse générale, dans laquelle le malade est jeté par « suite d'une large saignée, ne favorise pas faiblement la rentrée « des organes. »

La fumée ou la décoction de tabac injectée dans le rectum. « Il « survient des envies de vomir, des vomissements, des coliques, « des syncopes; le pouls est petit, les extrémités se refroidis- « sent. » Par conséquent, influence sédative au plus haut degré. « C'est pendant cette action *déprimante*, comme le disent les An- « glais, que rentrent les viscères. »

L'eau froide projetée sur le corps. (Observation célèbre de J.-L. Petit.) Perturbation immédiate des plus intenses.

Les narcotiques. « Ils jettent le système nerveux dans l'abatte- « ment, le stupéfient et produisent une faiblesse générale. » (Jobert.)

Le seul exposé de cette analyse rend presque superflu tout commentaire. Les deux premiers moyens agissent directement sur la tumeur, dont ils peuvent chasser les gaz par une force énergique.

Les autres agissent sur le système nerveux, puis secondairement sur les muscles qu'ils font tomber en résolution.

Ils comptent tous un assez grand nombre de succès bien observés ; mais ils sont la plupart difficiles à manier, causent parfois des accidents graves qu'on n'est pas toujours sûr d'éviter, ou laissent le malade, pour un temps assez long, sous une influence souvent désavantageuse. Je n'ai point parlé des purgatifs, qui doivent être inutiles, sinon dangereux ; des vomitifs, sujets aux mêmes reproches, dont l'action, toutefois, servira dans certains cas, lorsqu'ils sont franchement suivis de cet état de malaise, d'abattement général particulier qui accompagne leur administration à doses nauséeuses, comme on l'a recommandée. J'ai omis aussi les saignées peu abondantes, ayant pour but de dégager les vaisseaux de l'intestin, action lente et nécessairement éloignée, qui prend une bien petite part aux avantages des saignées rapides et copieuses.

De l'examen auquel nous nous sommes livré il résulte, autant qu'il nous est permis de le conclure, qu'au dernier terme la contraction musculaire est l'origine de l'irréductibilité des hernies; qu'en second lieu, tout étranglement d'organe renfermant du

sang ou des gaz s'opère en vertu du même mécanisme, par la différence de pression sur sa partie déplacée et celle contenue dans l'intérieur du corps. A part quelques remarques personnelles, nous avons basé ce deuxième Mémoire sur l'observation générale, sur les résultats thérapeutiques consignés dans la science, et donné, pour ainsi dire, de nos opinions une preuve morale par le consentement unanime des auteurs.

Ce qui domine l'indication, pour réduire la hernie, c'est de contrebalancer ou d'anéantir la pression abdominale. Richter, en admettant ses deux espèces de constriction spasmodique, simple ou compliquée, n'était pas loin d'accorder à cette donnée toute son extension ; sa thérapeutique en garde partout l'empreinte. L'influence heureuse des hyposthénisants aurait dû mettre dès longtemps les chirurgiens sur la voie d'une solution ; mais leur emploi était infidele, nécessairement restreint, leur résultat comme imprévu ; on n'ose pas toujours pousser une saignée jusqu'à ses dernières limites ou se livrer coup sur coup à l'absorption des agents dont la portée est rarement calculable. Le chloroforme les résume à lui seul, il n'en a pas les inconvénients : à moins d'exceptions presque improbables, il donne une réduction complète, une revivification entière et rapide qui laisse jouir le malade du soulagement immédiat que la réduction vient lui apporter. Le succès du taxis pare à tous les accidents ; que s'il est imprudent de le tenter ou de le *forcer* quand la tumeur présente des signes évidents d'inflammation, le chloroforme permet toujours de l'essayer sans aucun préjudice dans la première période. Il faut, avant tout, reconnaître l'espèce de la hernie ; on agit alors par une pression lente et graduelle, étendue, le plus possible, à toute sa surface. Le gargouillement annonce le moment de refouler l'intestin. Certaines conditions rendront, sans doute, le chloroforme infidèle dans son emploi, mais quelques-unes sont appréciables par un examen attentif : ce sera dans des cas de tumeurs composées. Si le sac contient du liquide en très-notable quantité, il supporte pour la plus grande part la compression, et l'empêche d'arriver entière jusqu'à l'intestin pour le vider ; il fuit vers l'anneau, tend à s'y engager, par conséquent il réagit en ce point contre les parois intestinales, les applique l'une contre l'autre, et ferme l'issue à la rentrée des gaz. Si l'on reconnaît par la percussion ou le toucher la présence de l'épiploon, on doit s'occuper d'abord de la portion rénitente et sonore, la faire remonter la première, sans pousser toute la masse en même temps à l'ouverture, où l'effort de l'épiploon se ferait nécessairement aux dépens de l'intestin. Si ce dernier, recouvert d'une expansion graisseuse qui l'enveloppe, est partout

soustrait à la main, on ne réussira pas. L'engorgement, l'épaississement quelquefois considérable de ses tuniques sont aussi une difficulté, elles ne peuvent plus repasser par un anneau désormais trop étroit. Enfin, les adhérences sont un obstacle à peu près invincible. Quoi qu'il en soit, l'utilité du chloroforme exemptera de manœuvres prolongées et dangereuses ; l'opération demeure comme dernière ressource dans des circonstances favorables, puisqu'on évitera de meurtrir le sac et l'intestin.

La théorie du mécanisme de l'étranglement que j'ai développée me semble réunir bien des preuves en sa faveur ; elle ne laisse rien en dehors d'elle, les faits jusqu'ici observés s'y rangent sans contrainte ; les opinions admises par les auteurs, les résultats de leur pratique tendent à la confirmer ; la clinique et l'expérimentation l'appuient : elles montrent que la contraction de l'abdomen, cause de l'étranglement intestinal, en serait aussi le signe ; elle pose l'indication, la fait comprendre tout entière. Je mets, bien entendu, de semblables conclusions sous toutes réserves de juges plus compétents que je ne saurais l'être (1).

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 14. *Deux opérations de chéiloplastie ou de restauration des lèvres* ; par le docteur PAYAN (d'AIX).

(Revue medicale, février et mars 1849.)

L'art de restaurer les difformités de la face selon la méthode par déplacement a fait, depuis une vingtaine d'années, d'étonnants progrès. Naguère exclusivement exploitée par les princes de la science, cette branche importante de l'art de guérir s'est maintenant bien popularisée, grâce aux vrais principes de l'autoplastie faciale, qui ont été surtout formulés dignement par M. le professeur Serre, de Montpellier. — Déjà, en 1839, nous publiâmes, dans la *Revue médicale*, un Mémoire sur ce sujet, basé sur quelques opérations de ce genre que nous avions faites. Nous croyons devoir ajouter à ces premiers faits les deux observations suivantes, qui portent sur deux opérations de même nature plus récemment pratiquées. Elles n'apprendront sans doute rien de nouveau ; mais elles pourront encourager quelque confrère, placé comme nous sur un théâtre chirurgical un peu secondaire, à oser entreprendre quelque restauration pareille, quand l'occasion leur en sera fournie.

OBS. I. — Le nommé Amiel Louis, âgé de 60 ans, doué

(1) Nous ne saurions, pour notre compte, accepter cette théorie d'une manière générale ; ainsi, nous avons vu des étranglements tels qu'ils étaient irréductibles même sur le cadavre ; mais le travail de M. Guyton servira à éclairer une partie restée jusqu'ici fort obscure dans l'histoire des étranglements herniaires, et sera consulté avec fruit par les chirurgiens. (*Note du Rédacteur.*)

d'une bonne constitution, entre à l'Hôtel-Dieu d'Aix, le 11 novembre 1848, avec l'intention de se faire enlever une tumeur cancéreuse de la lèvre inférieure. Le mal avait commencé, plusieurs années avant, par un bouton indolent, de la grosseur d'un grain de blé, qui, prenant peu à peu de l'accroissement, a fini par envahir la presque totalité de la lèvre. La tumeur de forme irrégulière, bosselée, extrêmement dure et compacte, et ulcérée, facilement saignante, s'étend à toute la largeur de la lèvre inférieure, sauf un demi centimètre à droite, qui est resté sain. En bas et vers le milieu de la lèvre, l'induration morbide va jusqu'aux limites de celle-ci, c'est-à-dire jusqu'au sillon mento-labial : elle est un peu moins étendue sur les parties latérales. Des douleurs pongitives et térébrantes sillonnent parfois, avec la rapidité de l'éclair, l'intérieur de ce carcinome, qui est, en outre, le siége d'un prurit incommode très-fréquent. D'ailleurs, absence complète de fièvre, de dépérissement, d'engorgement des glandes voisines, et de cette teinte jaune paille de la peau, qui annonce une cachexie cancéreuse générale, et par suite fournit une contre-indication formelle à l'opération.

La double incision en V, usitée pour l'ablation des boutons cancéreux ordinaires, ne pouvait être ici employée. Le mal était pour cela trop étendu, et une trop grande déperdition de substance était ici nécessaire. Extirper la tumeur cancéreuse dans sa totalité, et, pour cela faire, il y avait lieu d'emporter toute la lèvre inférieure, réparer, par la substitution d'un double lambeau d'emprunt, la vaste perte de substance qui devait résulter de cette extirpation, tel était le problème chirurgical que nous avions à résoudre. Nous crûmes pouvoir en tenter avec succès la solution, en agissant de la manière suivante :

Le malade étant assis sur une chaise, et les lignes que devait parcourir le bistouri, soit pour emporter la totalité du mal, soit pour limiter les lambeaux, étant, pour plus de précision, tracées avec un petit pinceau imbibé de teinture d'iode, je fis, avec le bistouri, après avoir commodément saisi la lèvre, une première incision verticale pratiquée au dehors des tissus malades, laquelle, partant du bord libre de la lèvre, du point même de la commissure gauche, se prolongeait, en comprenant toute l'épaisseur de l'organe, jusqu'à la limite de cette lèvre en bas. Une incision semblable, verticale aussi, et partant à un quart de centimètre de la commissure, fut pratiquée à droite ; une troisième incision horizontale, suivant la direction du sillon mento-labial, réunit en bas les deux incisions verticales, et servit à détacher, sous forme d'un carré allongé, la lèvre cancéreuse. — Deux petites artères furent liées, l'une à droite, l'autre à gauche.

Après cette ablation faite, et afin de pouvoir réparer cette perte de substance considérable, nous portons d'abord, sur la commissure droite préalablement tendue, le tranchant du bistouri, avec lequel nous pratiquons une incision transversale, qui se prolonge presque vers le bord antérieur du masséter, en comprenant toute l'épaisseur de la joue. Tout aussitôt, nous en faisons une seconde, qui, partant de l'angle inférieur droit de la perte de substance à réparer, en continuant, par conséquent, le bord saignant sus-mentonnier, se dirige parallèlement à la première, en en ayant la longueur et l'épaisseur. Ainsi se trouve pratiqué un lambeau formé aux dépens de la partie voisine de la joue, à laquelle il tient en dehors et en arrière par un bord adhérent que le bistouri a dû laisser intact; un lambeau en tout semblable est pratiqué de la même manière à gauche. L'un et l'autre lambeau ont donc juste la largeur que doit avoir la lèvre nouvelle, et qui est autant que possible la largeur de la lèvre naturelle. Nous les rapprochons l'un de l'autre pour en affronter les bords verticaux ou antérieurs sur la ligne médiane; et comme nous éprouvons quelque difficulté pour opérer cette juxta-position, nous incisons verticalement la muqueuse de chaque lambeau vers son tiers postérieur, et par cette précaution, que notre expérience nous a d'autres fois démontré être très-propre à augmenter l'extensibilité des tissus, nos lambeaux s'allongent d'avantage, sont plus facilement rapprochés, et trois points de suture entortillée, placés comme pour le bec-de-lièvre, les tiennent affrontés l'un à l'autre. Les bords supérieur et inférieur sont maintenus en contact avec les parties correspondantes par un nombre suffisant de points de la même suture, que l'on sait être faite avec des aiguilles droites, ou même des épingles qui doivent rester en place, fixées qu'elles sont par des entrecroisements de fil convenablement disposés. L'ouverture buccale se trouva de la sorte formée par la lèvre supérieure demeurée intacte, et par le bord supérieur de la nouvelle lèvre, lequel était encore saignant, excepté dans l'étendue d'un demi-centimètre que nous avions pu conserver. Cette ouverture avait donc la même étendue qu'avant l'opération.

Celle-ci étant donc terminée, et quelques petits morceaux de diachylom ayant été placés sous la pointe des aiguilles pour qu'elles ne blessassent pas les tissus, nous faisons reconduire le malade à son lit, et recommandons expressément de ne pas le faire parler, et de ne lui donner que des boissons et des aliments liquides dans les quelques premiers jours. Aucun bandage ne fut appliqué, mais seulement une simple compresse pour couvrir la partie opérée.

Tout se passa selon notre attente, moins une toute petite eschare au bas de la ligne médiane, qui ne donna pas même lieu à une fistule consécutive, tant elle était minime. Dès le quatrième jour, nous enlevâmes trois des aiguilles placées à droite et à gauche, aux extrémités des incisions, c'est-à-dire aux points où se trouve le moins de résistance. Au sixième jour, toutes les autres aiguilles, moins la supérieure de la ligne verticale ou médiane sont enlevées.

Au septième jour, la dernière aiguille est ôtée, et tout annonce que la réunion immédiate est partout opérée. Restait encore en suppuration le bord libre de la lèvre restaurée, qui ne fut complétement cicatrisé que le vingt-deuxième jour. La guérison fut alors réalisée, et nous pouvons assurer que le résultat fut tout ce qu'on pouvait espérer, et que la lèvre de nouvelle formation présenta toute la régularité qu'on pouvait attendre.

Toutefois nous eûmes un moment d'inquiétude sur cette opération, et elle fut déterminée par le manque de la couronne des dents incisives inférieures chez ce sujet. Cette absence d'un point d'appui complet pour notre lambeau nous fit craindre que la conformation de la lèvre ne s'en ressentît. Mais comme les incisives supérieures étaient bonnes et longues, la lèvre restaurée put s'appuyer sur elles et en être soutenue. Si cette circonstance a été ici sans inconvénient, elle pourrait en avoir d'autres fois de compromettants pour le succès définitif; c'est pourquoi il pourrait devenir indiqué, dans un cas analogue, pour la sécurité de l'opération, qu'une pièce dentaire artificielle fût préalablement mise à la place des incisives qui manqueraient, au moins quand les quatres ont tombées.

Nous ferons observer que si nous ne cherchâmes pas à recouvrir le bord saignant de la nouvelle lèvre avec la muqueuse que nous aurions pu attirer sur lui, et l'y fixer par quelques points de suture, comme nous l'avions pratiqué d'autres fois, c'est parce que nous ne regardions pas cette précaution comme sérieusement utile, par la raison qu'il n'y avait qu'une des lèvres qui eût son bord saignant, et qu'il n'y avait pas dès-lors à craindre qu'il se fît une cicatrisation qui risquât de rétrécir la cavité buccale.

Nous avons revu, ces jours derniers, notre opéré qui depuis plus de trois mois était à la campagne. La nouvelle lèvre acquiert tous les jours un peu de cette sensibilité tacite propre à la lèvre naturelle. Il est d'ailleurs bien, et rien n'annonce jusqu'à ce jour que le cancer doive s'y reproduire.

Obs. II. — Elle a pour objet une opération de même nature, que je pratiquai en novembre 1846, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, dans les circonstances suivantes :

Le nommé Roux, cultivateur d'une commune voisine d'Aix, âgé de 56 ans, était atteint d'un cancer ulcéré de la lèvre inférieure, dont l'origine était ancienne, et qui occupait tout le bord libre de la lèvre, moins un demi-centimètre de la commissure labiale droite et un centimètre de la commissure labiale gauche, et s'étendait, en diminuant un peu de largeur, jusqu'à la partie de la lèvre adhérente au menton, ou jusqu'au sillon mento-labial qui n'était pas dépassé par le mal. L'opération à faire consistait donc ici dans l'ablation de la tumeur ou de la presque totalité de la lèvre, et dans la formation d'une lèvre nouvelle Je crus pouvoir l'entreprendre avec toutes chances de réussite.

Je ne décrirai pas minutieusement ici toutes les particularités de l'opération, il me suffira de dire que je procédai de la manière qui a été décrite dans l'observation précédente, et que tout s'y passa au gré de mes désirs, aucune contrariété n'étant venu menacer ou entraver le succès que nous attendions. L'opération ayant été pratiquée le 4 décembre, la cicatrisation fut complète le 25 du même mois ou le vingt et unième jour après l'opération.

Nous pûmes constater à cette époque, après que le malade eut la figure nettoyée et rasée, que le résultat obtenu était très-satisfaisant; que la lèvre nouvelle était très-régulière de même que l'ouverture buccale; que de simples traces linéaires, qui se sont en grande partie effacées plus tard, dénotaient seules les points de réunion des lambeaux ; que les joues qui avaient fourni ces derniers n'en étaient ni creuses ni trop tiraillées, comme on aurait pu le présumer. — Nous avons revu cet homme dix mois plus tard : le bon état de sa santé se maintenait : rien encore ne faisait présumer qu'il dût y avoir récidive du cancer. On ne se serait réellement pas douté alors, à voir sa figure régulière, qu'il eût subi une pareille mutilation de la face : le résultat avait donc été aussi satisfaisant que possible.

Comme la lèvre supérieure était intacte, nous n'avions pas à craindre, en faisant l'opération, que le bord libre saignant de l'inférieure s'y agglutinât ou s'y réunît; c'est pourquoi nous nous abstînmes encore de recouvrir ce bord avec la muqueuse relevée sur lui du lambeau, ce qui eût été compliquer sans nécessité notre opération.

Nous avons fait remarquer que, pour diviser ou tailler plus méthodiquement ou plus géométriquement nos lambeaux, nous avions eu la précaution de tracer légèrement, avec un petit pinceau trempé dans de la teinture d'iode, les lignes que devait suivre le bistouri. Cet expédient nous paraît digne d'être rappelé, parce qu'il nous semble pouvoir remplacer très-bien les crayons dermographiques qu'on a voulu proposer et que l'on a moins facilement sous la main.

Je n'ai pas songé, dans l'une et l'autre opération, à m'adresser aux procédés consistant, après l'ablation de la lèvre, soit à faire la traction, vers la ligne médiane, des parties externes que le mal n'avait pas envahies, soit dans le soulèvement de la peau du menton et du cou portée ensuite au-devant du maxillaire inférieur, en s'aidant de la flexion forcée de la tête, parce que la perte de substance était trop considérable pour l'emploi du premier, et que le second me paraissait trop compliqué, sujet à trop d'inconvénients, soit que j'eusse voulu opérer d'après les préceptes de Chopart, ou ceux de MM. Roux (de St-Maximin) et Lisfranc. Deux autres procédés devaient me faire espérer des résultats plus satisfaisants, savoir, celui indiqué par M. Malgaigne qui conseille, après avoir enlevé la totalité du mal par une double incision en V, de prolonger les angles de la bouche de chaque côté par une incision transversale, et de ménager ainsi, par la dissection, deux lambeaux triangulaires dont on réunit ensuite les bords verticaux par des points de suture ; ou bien celui qu'à surtout préconisé M. le professeur Serre, et auquel nous nous étions adressé avec avantage dans nos précédentes opérations de cheiloplastie, lequel devait consister ici à enlever carrément le mal, à réparer la perte considérable de substance qui s'ensuivrait, par deux lambeaux pris sur chaque joue et détachés par une double incision transversale et parallèle, l'une supérieure et l'autre inférieure. C'est à ce dernier, qui nous paraissait le plus favorable, que nous nous adressâmes de préférence.

Si nous avions pu sérieusement craindre que nos lambeaux latéraux n'eussent pas été assez extensibles pour pouvoir constituer la lèvre à restaurer, nous aurions pu songer à adopter le procédé proposé par M. Sédillot, à l'Académie de médecine, dans la séance du 27 septembre 1847, et qu'il désigne sous le nom de procédé à double lambeau de la méthode indienne. Mais l'expérience fournie par nos précédentes opérations nous attestait que la méthode par déplacement, telle que nous l'avons suivie, nous suffirait pleinement.

Nous nous sommes abstenu, dans les deux cas, de produire l'anesthésie à l'aide du chloroforme. Nous aurions craint que, pendant la période de l'éthérisme, l'inspiration fît involontairement pénétrer du sang dans les bronches. Si nous avions trouvé moins de force morale chez nos malades, nous nous serions plus sérieusement demandé si une pareille crainte devait ou non nous empêcher de recourir au précieux agent anesthésique. Mais l'un et l'autre supportèrent leur opération avec un courage vraiment stoïque. Leur impassibilité semblait vraiment défier la douleur.

15. *Traitement des tumeurs blanches;* par le docteur TAVIGNOT.

(Journal des Conn. médico-chirurg., mai 1849.)

En réunissant dans un seul article tout ce qui est relatif au traitement des tumeurs blanches, nous n'ignorons pas que, dans certains cas, l'emploi de tel ou tel moyen doit être subordonné à l'espèce d'articulation affectée ; mais, cela une fois admis, nous n'hésitons point à dire que les affections diverses des articulations qui ont été désignées sous le nom de tumeurs blanches par la plupart des médecins, et par celui d'arthrocaces par Rust, (de Berlin), ont entre elles une si grande analogie, par leurs causes, leurs symptômes, leur marche, etc., qu'en réalité il y a plutôt avantage qu'inconvénient à envisager d'une manière générale la thérapeutique que ces affections réclament.

Les tumeurs blanches, par leur longue durée, l'opiniâtre résistance qu'elles opposent parfois aux moyens chirurgicaux les plus énergiques, mettent souvent le praticien dans la nécessité de varier ou de modifier sa thérapeutique selon telle ou telle circonstance ; il est donc important que celui-ci connaisse toutes les ressources que l'art peut leur opposer.

Le traitement des tumeurs blanches doit, le plus souvent, être à la fois médical et chirurgical. En effet, sans prétendre prouver ici qu'il y a, chez tous les sujets atteints de tumeur blanche, une diathèse scrofuleuse rhumatismale ou syphilitique, comme on le professe généralement, il ne faut pas méconnaître qu'il existe, dans la plupart des cas, une modification plus ou moins profonde de la constitution ; il importe aussi de ne pas oublier que la longue durée de la maladie, le séjour au lit, l'air des hôpitaux, l'action débilitante des médications employées, affaiblissent plus ou moins l'état constitutionnel des sujets : or, l'observation démontre que cette détérioration primitive ou consécutive de l'organisme est on ne peut plus défavorable au succès de la médication locale.

Tout en tenant compte de l'âge des malades, de l'état de leurs voies digestives, il faut les bien nourrir d'abord : des bouillons gras, des viandes rôties, du vin vieux, seront prescrits avec avantage. Nous ajouterons encore que l'habitation à la campagne, à un air vif et sec, peut être prescrite avec avantage. Si la tumeur blanche a pour siége les membres supérieurs, il faudra également conseiller un exercice en plein air, de plusieurs heures par jour, toutes les fois que le temps sera favorable.

Nous connaissons des malades qui, après avoir refusé de se soumettre à l'amputation qui leur avait été proposée comme

ressource dernière, ont fini par guérir spontanément sous l'influence des moyens sus-indiqués.

Cependant il ne faut pas toujours s'en tenir aux seuls moyens de l'hygiène. On aura recours, dans certains cas, à des modificateurs généraux plus actifs. Ainsi, chez des sujets anémiques et fortement débilités par la maladie, on pourra administrer pendant six semaines, deux mois, le sous-carbonate de fer, par exemple, à la dose de 0,75 à 1 gramme par jour. Les sujets plus évidemment scrofuleux prendront la décoction de houblon, additionnée de sirop de gentiane, le vin antiscorbutique, les préparations de quinquina, l'huile de foie de morue, etc. On sait que M. Négrier a spécialement recommandé, dans ces cas, les préparations de feuilles de noyer.

Mais il est surtout un médicament qui, manié avec une certaine hardiesse, a fourni, il faut bien le reconnaître, des résultats presque merveilleux dans des cas qui paraissaient désespérés : nous voulons parler de l'iodure de potassium. M. Lisfranc, qui avait naguère exagéré les effets avantageux obtenus par le muriate de baryte, dans le traitement des tumeurs blanches, a obtenu réellement de très-beaux succès avec l'iodure de potassium. Sa méthode consistait à administrer graduellement des doses énormes de ce sel. Un malade que nous avons vu à la Pitié, à peu près guéri d'une tumeur blanche de la main, prenait dans les derniers temps jusqu'à 22 grammes par jour d'iodure de potassium. Il n'était survenu aucun accident.

Sans conseiller l'iodure de potassium à si haute dose, ce qui, d'ailleurs, donnerait peut être lieu, dans quelques cas, à des accidents d'empoisonnement, surtout si l'on avait à traiter de jeunes sujets, nous croyons que l'on peut prescrire l'iodure de potassium de la manière suivante : On commence par 1 gramme par jour ; tous les sept jours, on augmente de 1 gramme jusqu'à ce que l'on soit arrivé à la dose de 5 ou 6 grammes par jour. On continue cette dose plus ou moins longtemps, selon l'effet produit. Mais nous croyons, avec M. Ricord, qui a obtenu de si beaux résultats de l'administration de ce médicament, qu'il n'est pas nécessaire de dépasser la dose de 5 grammes par jour.

L'iodure de potassium n'agit que d'une manière fort lente, même dans les cas les plus heureux ; il ne faudra donc pas désespérer trop tôt. Ce n'est guère qu'après six semaines, deux mois, et même davantage, qu'il est possible de savoir ce qu'on a à attendre de cette médication.

Il est encore d'autres médications générales d'une utilité incontestable dans beaucoup de cas, et que nous ne devons pas

omettre. Tels sont les bains d'eau salée, répétés une ou deux fois par semaine ; les bains d'eau de mer, les bains et les douches d'eaux minérales sulfureuses, ferrugineuses, manganésiennes, iodurées, etc.

Notons encore qu'à une période plus avancée de la maladie, on a à combattre par des astringents, des opiacés, etc., administrés à l'intérieur, la diarrhée colliquative qui survient si souvent : alors il faut suspendre les aliments trop nutritifs et qui seraient de difficile digestion ; il importe aussi de s'abstenir de toute médication trop surexcitante pour les voies digestives : ce sont là des préceptes généraux qu'il suffit de mentionner pour faire bien comprendre toute leur importance clinique.

Le traitement chirurgical des tumeurs blanches comprend une série de moyens variés que nous allons passer en revue.

Disons d'abord qu'une tumeur blanche, quelque soit son siége, étant toujours une affection sérieuse, il importe de ne pas perdre un temps précieux en employant une médication insignifiante ou d'une efficacité fort problématique, comme sont les lotions émollientes, les cataplasmes, les pommades plus ou moins inertes.

Il est rare que, dès leur début, les tumeurs blanches se présentent avec des caractères inflammatoires assez tranchés, pour exiger l'emploi de la méthode antiphlogistique. Il faudra, d'ailleurs, être d'autant plus réservé sur les émissions sanguines, qu'en général l'état constitutionnel des malades se prête peu à toute débilitation. Ces réserves une fois faites, disons cependant qu'il est parfois indiqué d'avoir recours à l'application de sangsues ou de ventouses scarifiées autour de l'articulation malade, lorsqu'il existe une douleur très vive et du gonflement inflammatoire. — Quand on a triomphé de cette complication intercurrente, on met en usage les autres moyens que nous allons indiquer.

Parmi eux, le premier et le plus important de tous, est l'immobilité de l'articulation malade.

On peut immobiliser l'articulation affectée de tumeur blanche, dans l'un ou l'autre de ces deux buts : pour obtenir, par ce fait seul, la guérison de la maladie, ou pour aider cette guérison que l'on cherche à obtenir par d'autres moyens mis concurremment en usage.

En effet, tels sont les heureux résultats produits par la seule immobilisation d'une jointure affectée de tumeur blanche, que ce moyen si simple en apparence a suffi dans bon nombre de cas qui sont à notre connaissance pour amener une guérison complète et définitive de la maladie.

Toutes les fois que l'on a recours à l'immobilisation dans l'arthrocace, il faut bien se rappeler que la guérison ne pouvant avoir lieu qu'à la condition de produire l'ankylose, il importe de donner tout d'abord au membre immobilisé une direction propice aux fonctions particulières qu'il remplit. Pour les membres inférieurs, c'est l'extension ; pour les membres supérieurs, c'est une demi-flexion qui convient le mieux. Pour les membres inférieurs qu'il faut ramener à une rectitude que la maladie leur a fait perdre le plus souvent, on peut employer, au préalable, le moyen suivant que préconise M. Velpeau. Le bassin étant solidement fixé au lit au moyen de lacs passant entre les cuisses, le membre placé sur un double plan incliné ; puis le pied est chaussé d'une bottine qu'on fixe ensuite à la barre du lit à l'aide de lacs extenseurs. On gradue ensuite le redressement à volonté, selon la résistance des tissus, la sensibilité plus ou moins vive des sujets. M. Blandin a eu plusieurs fois recours avec succès, pour obtenir le redressement des membres, à une gouttière en fer-blanc battu et convenablement matelassée, laquelle est articulée au niveau du genou et se redresse au moyen d'une vis.

Une fois ce premier but atteint, le meilleur moyen, à notre avis, d'immobiliser le membre d'une manière complète est d'appliquer un appareil dextriné. Ce n'est pas seulement pour le genou, mais encore pour le pied, pour la hanche, l'épaule, le coude, le poignet, que M. Blandin mettait cette méthode en usage. Toutefois, pour l'épaule et la hanche, le résultat est moins satifaisant à cause des difficultés même que présente l'appareil et des causes nombreuses de dérangement auquel il est exposé dans ces régions.

Et puis, ce n'est pas seulement comme moyen d'immobilisation absolue qu'agit dans les cas de tumeurs blanches l'appareil dextriné, il opère sans doute aussi comme agent compressif. Or, la compression longtemps continuée dans les tumeurs blanches extra-articulaires ou des parties molles, surtout lorsque l'articulation est superficielle, est un très-bon moyen de guérison.

L'existence de trajets fistuleux autour de l'articulation n'est pas une contre-indication à l'emploi de l'appareil inamovible : on a soin seulement de laisser entre les tours de bandes un espace qui corresponde à chaque ouverture, de manière à ce que l'écoulement de la suppuration et le pansement de la fistule soient possibles à travers cette sorte de fenêtre. — On procèdera de la même façon, toutes les fois que l'on voudra appliquer un ou plusieurs exutoires autour de l'articulation malade : le bandage

dextriné se prêtant très-facilement à ces diverses exigences de la pratique.

L'appareil inamovible peut encore remplir d'autres indications ; ainsi son emploi peut être combiné avec telle ou telle autre médication locale plus ou moins efficace. C'est ce que vient de faire, avec beaucoup de succès, M. le docteur Boileau (de Castelnau) pour l'appareil de Scott. Voici d'abord la composition de cet appareil tel que ce chirurgien le décrit dans la note qu'il a publiée à ce sujet. Pour appliquer cet appareil on se procure l'onguent suivant :

1° Pr. : Camphre pulvérisé. . . . . } ana 15 grammes.
Onguent mercuriel double . . }
Cérat de savon. . . . . }
M. F. S. A. à froid, un onguent.

2° Des bandelettes agglutinatives de diachylon, larges de 3 à 4 centimètres assez longues pour faire un tour et demi du membre.

3° Emplâtre de plomb. . . . . 3 parties.
Savon. . . . . 1 —
M. F. S. A. un emplâtre peu étendu sur une peau blanche.

4° Une ou plusieurs bandes.

5° Un soluté épaissi d'amidon.

Mode d'application. — 1° laver la partie avec de l'eau de savon chaude ; 2° frictionner avec l'eau-de-vie camphrée jusqu'à excitation légère de la peau ; 3° couvrir avec l'onguent n° 1 les bandes de linge souple, de longueur égale à une circonférence et demie du membre, et larges de 4 centimètres : on en recouvre la partie malade, depuis 4 travers de doigt au-dessous, jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus, en suivant le procédé de Scultet, avec cette différence que l'on applique le plein de la bande tantôt au dessus, tantôt au-dessous. On s'applique, d'ailleurs, à bien recouvrir les parties sans laisser le moindre jour, sauf le cas où il y a des ulcérations ou des trajets fistuleux ; 4° Agir de même avec les bandelettes de diachylon ; 5° recouvrir le tout avec l'emplâtre de plomb et de savon, en disposant les pièces de cet appareil selon la longueur du membre, de manière à entourer exactement l'articulation ; 6° Terminer par le bandage roulé et amidonné, en commençant par l'extrémité du membre, et en comprimant régulièrement. Tel est l'appareil de Scott, à quelques modifications près que lui a fait subir le docteur Boileau (de Castelnau), dont la plus importante, et disons-le aussi, la plus utile à nos yeux, est l'appareil inamovible. Le chirurgien de Nîmes, qui avait cru devoir pratiquer un grand nombre d'amputations dans les cas de tumeurs blanches avant la connaissance de cet appareil, y a complétement renoncé depuis ; il rapporte

plusieurs cas de guérison obtenus au moyen de cet appareil, sur l'application duquel il ajoute encore les conseils suivants : « La première application doit, dit il, durer moins de temps que les autres, parce que le membre diminue de volume par l'affaissement du gonflement et que le membre joue, pour ainsi dire, dans l'appareil. Il faut donc ne pas trop tarder à le renouveler. » Mais une fois la tuméfaction passée, l'auteur estime qu'il faut le remplacer le moins souvent possible ; il le laisse habituellement à demeure pendant 30 ou 40 jours. Enfin, lorsque l'articulation est en voie de guérison, il ne faut pas trop se hâter de débarrasser le membre de l'appareil ; pendant longtemps encore il faut continuer son application en le simplifiant dans sa composition. Plus tard, on fait ensuite porter au malade soit un bandage amidonné simple, soit une genouillière ou un simple bandage roulé.

D'autres moyens ont encore été mis en usage avec succès dans le traitement des tumeurs blanches. Rust, qui a publié un travail fort bien fait sur les tumeurs blanches, sous le titre d'*Arthrocacologie*, dit qu'il a souvent employé avec succès dans la première période de la maladie, chez les enfants surtout, des liniments avec l'ammoniaque, avec le savon, le camphre, l'éther, l'opium ; des frictions avec l'opodeldoch ; des vésicatoires volants ; un emplâtre brûlant avec le mastic et l'alcool, ou bien avec la gomme ammoniaque et le vinaigre scillitique. Il vante particulièrement ces dernières applications. Il a vu de très-heureux effets, dans cette même période, de frictions mercurielles à 4, 6 et 8 grammes tous les jours sur l'articulation malade ou même sur tout le membre.

Parmi ces moyens, il en est un surtout qui mérite d'être employé dans quelques cas : je veux parler des vésicatoires soit volants, soit permanents. Si l'on a recours au vésicatoire volant, on peut en employer un de grande dimension, que l'on a soin de faire saupoudrer de camphre pour éviter l'action des cantharides sur la vessie. Ce moyen suffit souvent pour enlever la douleur et éviter une suppuration imminente de la jointure ou des tissus voisins. Les vésicatoires permanents doivent être plus petits ; on en applique soit simultanément, soit successivement deux ou trois que l'on entretient plus ou moins longtemps jusqu'à ce qu'ils aient produit l'effet que l'on attend.

Les cautères, placés autour de l'articulation malade, ont été préconisés par un grand nombre d'auteurs : Ford, Albers et Ficker, leur ont dû, a-t-on dit, de très beaux succès. Cependant Boyer, qui a employé souvent ce moyen dans un grand nombre

de tumeurs, prétend n'en avoir pas obtenu de résultats bien satisfaisants. Il ajoute même que, dans les cas de succès qui ont été publiés, on avait employé simultanément d'autres moyens bien plus propres à expliquer la guérison.

Le séton ne lui paraît pas meilleur.

Rust est du même avis que Boyer sur le peu d'avantage que produisent les cautères, et il leur trouve de plus des inconvénients mais il se déclare grand partisan du fer rouge dans le traitement des tumeurs blanches. Rust se sert volontiers d'un cautère prismatique, agissant par un de ses angles rectilignes ; il vise surtout à faire des brûlures étroites, mais profondes, procédé qui, comme le remarque fort bien Delpech, ne serait pas sans danger autour des articulations tibio-tarsiennes, radio-carpiennes, cubito-humérales, etc. Quoi qu'il en soit, Rust variait l'application du cautère actuel selon la forme de l'articulation malade et le degré de la maladie. Partout, cependant, il traçait des lignes parallèles et creusait plus profondément dans un ou deux points plus voisins de l'articulation pour y établir des cautères. Rust, qui a rapporté 25 observations d'arthrocaces traitées avec des succès variés, se montre partisan du cautère actuel à toutes les époques de la maladie. Boyer est aussi partisan du fer rouge dans le traitement des tumeurs blanches, mais d'une manière beaucoup moins générale que le médecin de Berlin. Selon Boyer, le cautère actuel ne doit pas être employé à la première période de la maladie et lorsqu'il existe encore un travail inflammatoire ; il doit être proscrit également lorsque le mal a gagné les cartilages et les os dont il a déterminé la carie. En d'autres termes, Boyer n'avait recours au fer rouge que dans les tumeurs blanches des parties molles ou extra-articulaires. Mais loin de pratiquer des cautérisations profondes, Boyer se bornait à produire des eschares superficielles, longues et étroites, à l'aide du cautère auquel Percy a donné le nom de transcurrent. Ce procédé de cautérisation est plus prudent et plus rationnel que le précédent : c'est, d'ailleurs, le seul qui soit resté dans la pratique. Nous l'avons vu employer plusieurs fois dans les hôpitaux et dans quelques cas avec des avantages réels. Dans les cas moins graves, de simples cautérisations avec le nitrate d'argent, répétées plusieurs fois, ont paru faire quelque bien.

Enfin, nous devons noter aussi l'emploi des moxas placés aux environs de l'articulation malade. Pouteau et Boyer ont signalé les heureux effets produits par ce moyen, et il est encore des praticiens qui les emploient avec avantage. Ajoutons qu'un des

grands inconvénients attachés à l'usage du cautère actuel et du moxa, la douleur a disparu aujourd'hui, puisque ces agents peuvent être employés à l'insu des malades à l'aide du chloroforme. Nonobstant l'emploi rationnel des différents moyens que nous venons d'exposer, il est des tumeurs blanches qui font des progrès. Lorsqu'il survient des collections purulentes, l'indication de les ouvrir se présente naturellement. Delpech dit s'être bien trouvé de ponctions très-petites et obliques ; Rust préfère de larges débridements. Ces deux manières de faire peuvent être mises en usage tour à tour, selon l'état des parties malades.

Mais il est un conseil que nous ne saurions négliger de donner en terminant, c'est celui de retarder le plus possible l'amputation d'un membre affecté de tumeur ; car, d'une part, l'observation a mainte et mainte fois démontré que la guérison des tumeurs très-avancées avait été obtenue sans sacrifier l'organe, et, d'une autre part, les observations de M. le professeur Gerdy, corroborées aujourd'hui par beaucoup d'autres, ont appris qu'un état de débilité profonde, de diarrhée colliquative, loin d'être défavorable au succès de l'amputation dans les affections chroniques des membres, était au contraire une condition en quelque sorte propice au succès de l'opération.

OPHTHALMOLOGIE. — 16. *Réflexions sur les cataractes congénitales* ; par le docteur TAVIGNOT.

(Journal des Connaissances médico-chirurgicales, mai 1849.)

Entre la cataracte congénitale, examinée peu de temps après la naissance, et la même affection étudiée un certain nombre d'années plus tard, vers l'âge adulte, par exemple, il existe des différences anatomo-pathologiques très-grandes qu'il importe de ne pas méconnaître, car elles doivent être prises en sérieuse considération dès qu'il s'agit de faire choix d'une méthode ou d'un procédé opératoire. Voici ces caractères différentiels :

La cataracte congénitale récente est constituée par l'opacité de la capsule et du cristallin.

La cataracte congénitale ancienne n'est plus formée que par l'opacité de l'enveloppe capsulaire.

Le mécanisme selon lequel s'opèrent ces changements est le suivant ; Saunders, le premier, l'a bien fait connaître :

La cataracte congénitale est, avons-nous dit, primitivement capsulo-lenticulaire ; de plus, elle est le plus ordinairement demi molle.

Or, avec le temps, la lentille cristalline se ramollit graduelle-

ment, et la capsule, agissant d'une manière très-active, résorbe les parties diffluentes du cristallin jusqu'à disparition complète du corps opaque.

La cataracte congénitale, lorsque ce travail éliminateur est terminé, ce qui n'a guère lieu que vers l'âge de 7 ou 8 ans, n'est plus constituée alors que par les deux feuillets opaques de la capsule.

Mais nous ferons remarquer que cette résorption du cristallin ne s'est opérée qu'en modifiant très-notablement les caractères anatomo-pathologiques de la cataracte, telle qu'elle existait primitivement. En effet, aucun liquide n'était sécrété, dans les cas ordinaires, à la place de la lentille, le feuillet antérieur de la capsule du cristallin se déplace en arrière pour s'accoler à son feuillet postérieur qui ne subit aucun déplacement, à cause des adhérences qui le fixent à la membrane hyaloïde : par cela même, la chambre postérieure de l'œil se trouve considérablement agrandie, et égale presque l'étendue antéro-postérieure de la chambre antérieure.

Une conséquence découle naturellement de ce changement de structure survenu dans l'œil : l'iris, désormais en contact avec une quantité extra-normale d'humeur aqueuse qui remplit la chambre postérieure, reçoit les ondulations imprimées à ce liquide pendant la contraction des muscles de l'œil, et accuse chacune d'elles par une sorte d'oscillation caractéristique qui a reçu le nom de tremblement de l'iris.

Il importe que le chirurgien soit bien fixé sur la valeur de ce symptôme, qui n'est que l'expression d'un état anormal de l'appareil cristallinien ; car il pourrait le regarder, avec quelques auteurs, et tout à fait à tort, selon nous, comme indiquant nécessairement l'existence d'un synchysis ou d'une amaurose.

J'ai choisi, à dessein, les deux observations que l'on va lire, parce que les malades qui en sont le sujet se trouvent être précisément, l'un le plus jeune, l'autre le plus âgé, parmi les faits de cataractes congénitales que j'ai recueillis jusqu'à présent.

Le second malade sera d'ailleurs, pour nous, l'occasion de quelques réflexions particulières.

Cataracte congénitale opérée avec succès par broiement, sur un enfant de 2 ans.

Obs. I. — Le 12 octobre 1846, je donnai mes soins au fils de M. Enjalric, n° 1, rue du Chevalier-du-Guet. Cet enfant, âgé de 2 ans, est né avec une double cataracte. Il existe en même

temps un strabisme interne des deux yeux, quoique plus prononcé du côté droit. Nystagmus ; pupilles contractiles ; les cataractes capsulo-lenticulaires sont d'un blanc opalin. — L'état général est satisfaisant.

Le 14 octobre, aidé du docteur A. Caron, je procède à l'opération de la manière suivante :

L'enfant ayant été, au préalable, convenablement fixé sur une planchette, à l'aide de tours de bande, j'opère d'abord l'œil gauche. Le cristallin demi-solide et sa capsule sont divisés rapidement avec l'aiguille introduite par la sclérotique. Les débris sont laissés en place dans le champ pupillaire et abandonnés à l'absorption. Il ne fut pas nécessaire de fixer l'œil d'une manière particulière pendant les manœuvres opératoires.

Même procédé pour le côté droit, excepté cependant que la direction forcée et constante de l'œil en dedans m'a obligé d'avoir recours à l'emploi d'une pince, avec laquelle j'ai saisi de la main droite la conjonctive pour dévier le globe oculaire en dehors, pendant que j'opérais de la main gauche.

La plupart des fragments capsulo-lenticulaires sont abandonnés *in situ*, quelques-uns sont projetés, à dessein, dans la chambre antérieure.

Il n'est survenu aucun accident après cette double opération, et, le 14 novembre, un mois après, je constate la disparition, à peu près complète, du strabisme, la diminution du nystagmus, et surtout la résorption des fragments capsulo-lenticulaires qui est déjà complète du côté gauche, et presque complète du côté droit. — La vision est parfaite des deux yeux.

Cet enfant avait 2 ans ; cet âge est, selon nous, celui qu'il faut choisir toutes les fois que le choix est possible, pour opérer la cataracte congénitale. C'est là, en quelque sorte, un terme moyen entre l'opinion de Saunders, qui conseillait l'opération dans les premiers mois de la naissance, et la pratique de Forlenza, qui remettait l'opération à l'âge de raison.

Nos motifs à l'appui de cette manière de faire sont bien simples :

L'opération, pratiquée sur un sujet plus jeune, n'ajoute rien aux chances favorables de succès, tandis que les manœuvres opératoires sont rendues plus difficiles à cause du petit volume du globe de l'œil, du peu de convexité de la cornée, de l'absence de contraction de l'iris, etc.

L'opération pratiquée sur un sujet plus âgé ne rend pas l'opération plus facile : tandis que la résorption des débris capsulo-lenticulaires est plus longue à s'opérer, qu'il y a plus de chances

d'accidents phlegmasiques, et qu'enfin l'éducation de l'œil demande plus de temps pour être complète.

Cataracte congénitale, avec amaurose, opérée par abaissement sur un sujet de 22 ans.

Obs. II. — Mademoiselle Dumas, de Vendôme, m'a été présentée pour une cataracte congénitale de l'œil gauche. Voici les diverses particularités qui méritent d'être consignées :

A droite, l'œil est à l'état normal ; la vision est nette à la distance normale ; l'iris, parfaitement contractile, est bleu.

A gauche, l'iris est d'un gris jaunâtre ; la pupille est complétement immobile lorsque l'œil droit est fermé ; mais elle devient parfaitement contractile quand l'œil droit est ouvert : en d'autres termes, par elle-même, la pupille du côté gauche est paralysée, et elle ne redevient active que par l'action sympathique qu'exerce sur elle l'œil du côté opposé.

La consistance du globe oculaire est à l'état normal, mais son volume est un peu plus petit que celui du côté opposé. Pendant les mouvements un peu brusques de l'œil, je constate un léger tremblottement de l'iris, plus évident vers son bord pupillaire que du côté de sa grande circonférence.

L'examen catoptrique de l'œil, à l'aide d'une bougie, me permet de constater l'existence d'une seule image. La cornée et la chambre antérieure sont à l'état normal ; la chambre postérieure a d'avant en arrière environ cinq millimètres d'étendue, c'est dire qu'elle égale presque les dimensions de la chambre antérieure, contrairement à ce qui existe à l'état physiologique. Au fond de cette chambre postérieure de l'œil ainsi agrandie, et loin par conséquent de l'iris, on aperçoit un corps opaque d'un blanc jaunâtre ; sa surface paraît plane, quoique assez irrégulière et comme chagrinée lorsqu'on l'examine dans ses différents points.

Quand la pupille est dilatée par l'occlusion de l'œil sain, on distingue très-bien les limites de l'opacité capsulo-lenticulaire, à son point de jonction avec le rebord hyaloïdien du corps vitré.

Nous constatons que l'œil gauche n'est en aucune façon sensible au contact de la lumière, soit naturelle, soit artificielle ; l'ombre des objets n'est pas perçue, et de légers mouvements de pression exercés sur le globe oculaire ne donnent lieu à aucune sensation lumineuse, comme cela a lieu lorsque la rétine n'est pas paralysée. Il est, par conséquent, bien démontré qu'il existe avec la cataracte une amaurose, et que l'opération ne saurait avoir pour but de rétablir la vision de cet œil. Toutefois, la malade désire vivement être débarrassée de sa cataracte, qui est,

en effet, pour une personne de son sexe et de son âge, une véritable difformité. Je cède volontiers à ce désir, l'observation m'ayant appris que l'opération de la cataracte pratiquée sur un œil amaurotique est d'ordinaire exempte d'accidents inflammatoires.

Le 4 mars 1849, je pratiquai l'abaissement par la sclérotique, d'après les règles ordinaires, et en déprimant en masse l'appareil cristallinien opaque. — Le corps opaque qui résulte tout simplement de l'accollement des deux feuillets capsulaires, par suite de l'absorption du cristallin, n'a que de bien faibles adhérences avec les parties voisines, et se laisse abaisser avec la plus grande facilité. Pour tout traitement, je prescris des compresses d'eau froide sur l'œil opéré.

Il n'est survenu aucune espèce d'accidents, soit primitifs, soit consécutifs, et la malade n'a été soumise à aucune médication, à l'exception d'un purgatif salin que je lui ai prescrit le 7 mars, 3e jour après l'opération.

Le 17. Depuis lors, l'injection très-légère de la conjonctive qui s'était développée après l'opération a disparu d'une manière complète, et la malade ne porte même plus de bandeau sur l'œil opéré.

Le 20. Le corps qui avait été déprimé est venu de nouveau se placer dans le champ pupillaire et à peu de distance de l'iris; la consistance très grande des capsules opaques, la position qu'elles occupent dans l'œil nous empêchent de confier à l'absorption le soin de les faire disparaître.

Le 5 avril. Je procède de nouveau à l'abaissement du corps opaque qui, cette fois, n'est plus remonté. Aucun accident n'est survenu.

Ce dernier fait est instructif, et je l'ai rapporté ici, précisément parce qu'il semble contredire les idées que je professe depuis longtemps sur l'innocuité des cataractes anciennes par rapport à la rétine.

D'après l'opinion généralement admise jusque dans ces derniers temps, touchant les cataractes anciennes, on croit que les chances de succès de l'opération sont en raison inverse de l'ancienneté de la maladie ; car, dit-on, la rétine, ayant cessé de fonctionner depuis un certain nombre d'années, doit tomber nécessairement dans un état de torpeur ou de paralysie qui la rend inapte à remplir désormais ses fonctions.

Cependant, cette hypothèse qui a encore cours dans la science, puisque je la trouve reproduite dans les ouvrages les plus récents,

consacre une erreur, car l'observation donne un démenti formel à la théorie.

J'ai publié, en 1845, dans la *Gazette médicale*, une série d'observations qui prouvent que des cataractes, datant de 10, 20, 30, 40, 50 ans, ont été opérées avec un succès complet, Dans ces cas la rétine n'était donc, en aucune façon, paralysée. D'ailleurs, il faut se hâter de reconnaître que l'explication que l'on invoquait pour se rendre compte de la coexistence d'une amaurose dans les cataractes anciennes n'était rien moins que judicieuse.

En effet, l'existence d'une cataracte dans l'œil ne prive pas la rétine du contact de la lumière ; l'obstacle placé devant cette membrane empêche seulement la perception des objets, mais il est insuffisant pour arrêter le passage des rayons lumineux directs ; et la preuve, c'est que tous les malades accusent la présence de ceux-ci, apprécient avec précision leur quantité, leur direction, etc. Quelque restreint que soit, en réalité, cet exercice de la rétine, il suffit pour nous rendre compte de l'aptitude que conserve cette membrane à reprendre ses fonctions, après une opération pratiquée avec succès sur un sujet atteint de cataracte depuis un certain nombre d'années.

Il résulte des considérations précédentes que, dans notre seconde observation, l'amaurose existant avec la cataracte n'était en aucune manière la conséquence de celle ci et le résultat de son ancienneté.

Dans la pratique, cette question n'est pas sans importance ; car, dans les termes que nous venons de lui assigner, elle servira à encourager les praticiens à opérer les malades atteints de cataractes anciennes, sans se laisser dominer par la crainte d'échouer devant une complication qui n'existe pas nécessairement.

Maintenant, est il nécessaire de dire que l'amaurose peut se rencontrer en même temps qu'une cataracte ancienne, comme elle peut exister avec une cataracte de formation récente ? Ces faits se présentent tous les jours dans la pratique ; mais autant il importe de les reconnaître, autant il est utile aussi de ne pas leur donner une signification qu'ils n'ont jamais eue.

Lorsque la cataracte et l'amaurose existent simultanément chez un même malade, ces deux affections ont l'une et l'autre une origine différente, ou bien elles se sont développées sous l'influence d'une cause analogue ; mais, dans aucun cas, la cataracte n'a provoqué le développement de l'amaurose, pas plus que l'amaurose n'a donné naissance à la cataracte.

Il n'en a pas été autrement dans notre cas particulier : Ici,

d'ailleurs, il s'agissait d'une cataracte congénitale, et l'on sait que cette affection, même lorsqu'elle est récente, coïncide parfois avec une amaurose. J'ajouterai, enfin, que les renseignements, qui nous ont été fournis par notre opérée et par sa famille, confirment, de tous points, notre manière de voir ; car il nous a été affirmé que la malade n'avait jamais pu distinguer de l'œil cataracté le jour de la nuit, et cela dès sa plus tendre jeunesse ; on s'est assuré de ce fait à plusieurs reprises, en ayant la précaution de fermer à chaque expérience l'œil du côté opposé.

---

17. *De la myodésopsie ;* par M. le docteur Duval (Hégésippe), membre correspondant.

(Journal de médecine de Bordeaux, janvier 1849.)

De μυῖα, mouche, et ὄψις, vision.

Cette affection, connue des anciens, fut toujours, selon nous, mal définie, ou plutôt confondue avec d'autres maladies. Voici du reste ce qu'écrivait à cet égard, en 1621, André Dulaurens :

« Dans les imaginations qui ont accoutumé de précéder les suffusions, on voit des figures, magnitudes, et couleurs de diverses sortes, lesquelles sont en dedans de l'œil et non en l'air, d'autant qu'un chacun les verrait, et en l'hémorrhagie critique qui est sur le point de se faire, on voit voleter devant les yeux des corps rouges, que les Grecs nomment *marmariges*. Mais, afin d'éclaircir davantage ce point, nous toucherons en passant quelque peu de chose touchant la nature des visions ou imaginations. Des visions (selon Galien) les unes sont de ceux qui rêvent à raison du mouvement vague et incertain des idoles et des espèces : ainsi, les frénétiques chassent aux mouches ; ils cueillent des flocons de laine, ils arrachent des festus, ils tressaillent de crainte et sont épouvantés par de fausses imaginations ; or, ces visions ici ne sont pas des symptômes de l'œil, mais du cerveau et de l'imagination. Il y en a d'autres qui sont propres aux yeux et à la faculté sensitive externe. Quand il se présente des imaginations et visions aux yeux de ceux qui regardent, lesquels (comme écrit Avicennes) pensent voir des fanfreluches et diverses couleurs mêlées, qui toutefois n'y sont pas. Cette manière de voir est appelée des barbares imaginations. Or, Galien la définit une apparition extérieure qui se fait à raison d'une vapeur opaque et sombre, située entre le cristallin et la cornée, c'est symptôme de la vue dépravée ; car les choses externes paraissent colorées, lesquelles toutefois ne le sont point, et l'œil juge en dehors ce qui est en dedans. Tous les auteurs reconnaissent pour

cause de ce symptôme une vapeur opaque qui se met entre la cornée et le cristallin. J'ai dit *opaque*, c'est-à dire comme parlent les barbares, qui n'est point transparente ni diaphane ; car si ce corps qui se met entre deux était diaphane, ces visions ne se présenteraient pas aux yeux, mais les espèces des objets pures et non mélangées seraient portées au cristallin. Or, le lieu où se met la vapeur ou le petit corps, c'est tout l'espace qui est depuis la cornée jusqu'au cristallin ; car s'ils étaient contenus entre le cristallin et l'union des optiques, ils ne causeraient point cette imagination, vu que la réception des espèces se fait au cristallin. Mais s'il advient que la vapeur se mêle avec l'humeur vitrée et qu'elle empêche l'abord de la lumière interne, elle ne fera que diminuer la vue, ou bien elle l'éteindra tout à fait. C'est donc une chose constante, qu'on voit voler devant les yeux au commencement des suffusions ou flux de sang critique, au vertigo, à l'inflammation des poumons, aux vomissements et aux envies de vomir, des moucherons et autres semblables corps voletants, lesquels ne sont point en l'air, car un chacun les verrait, mais les verrait, mais dans l'œil. Concluons donc, touchant cette question, qu'on peut voir quelque chose dans l'œil, 1° parce que l'objet y est, à savoir quelque petit corps interposé entre le médium diaphane, à savoir l'humeur aqueuse, et 2° le principal outil de la vue, à savoir l'humeur cristalline, etc. »

Ambroise-Paré ne nous semble guère moins confus, lorsqu'il dit que « la maladie nommée vertigo est un éblouissement et offuscation de la vue, causé par un esprit vaporeux et chaud, qui monte par les artères carotides à la tête et remplit le cerveau, faisant un mouvement des humeurs et esprits contenus en icelui, lequel est trop inégal et confus et turbulent, comme quand notre corps tournoie, ou quand on a bu trop de vin fort, puissant et sans eau. Cet esprit, bouillant le plus souvent, est envoyé du cœur au cerveau par les artères carotides internes, et d'elles à celles du rêts admirable ; quelquéfois en engendré dedans le cerveau, même étant intempéré en chaleur. Pareillement peut venir d'autre part, comme de l'estomac, foie, ratelle, ou autres viscères. Les signes sont que les malades ont la vue perturbée, si tant peu ils tournent le corps, ou regardent quelque chose qui se tourne comme une roue, ou l'eau courante et autre chose ayant un mouvement subit. Si la cause vient du cerveau, ont douleur et grande pesanteur de tête, bruit aux oreilles, et ne sentent le plus souvent rien par le nez. Pour la cure *Paulus-Ægi nata* commande faire l'incision des artères qui sont aux tempes ;

mais si elle vient d'autre partie, peu profite, et, partant de docte médecin y pouvoiera. (*Chap. iij. liv. xvij, ann.* 1633.) »

Les écrivains qui suivirent ne firent vraiment que paraphraser les auteurs que nous venons de citer ; et pour trouver quelque idée juste et arrêtée sur les mouches volantes, c'est réellement à Maître-Jan qu'il faut arriver, en 1780 ; puis vint Guérin, qui décrivit cette maladie sous le nom de *mouches voltigeantes*, et la confondit, comme depuis beaucoup d'autres l'ont fait à son exemple, avec l'amaurose à son début ; puis l'abbé Desmousseau, Guérin, de Lyon, Deshaies-Gendron, etc,, etc. Enfin, parut le travail de M. Demours, trop bref peut-être, dont nous n'acceptons pas entièrement les idées, mais écrit si clairement et rempli d'observations relatives aux caractères de la maladie si scrupuleusement recueillies, que nous n'hésitons pas à dire que la lecture nous en a toujours semblé le meilleur remède qu'on pût recommander aux personnes tourmentées de mouches volantes.

Les notes qui terminent notre Mémoire m'ont été communiquées par un malade doué d'une haute intelligence, parfaitement au courant de tout ce qui a été avancé sur les mouches volantes, et sur la nature de l'affection, duquel il ne peut pas y avoir de doute, si le doute était possible dans le diagnostic de cette affection ; ce malade ayant consulté, à des années différentes, MM. Sichel, Sanson, Caron-De-Villars, Roux, etc. C'était donc pour moi un des types de la myodésopsie, pris sur le fait, et l'expression rigoureuse des phénomènes qu'entraîne à sa suite cette maladie,

D'après mes idées sur les causes et la nature des mouches volantes, il ne peut y avoir de remèdes efficaces pour combattre cette maladie ; c'est donc avec intention que j'ai passé sous silence cette partie, traitée fort longuement dans quelques Mémoires sur ce même sujet. Ici serait le danger, sans doute, de procéder rigoureusement, si, partant d'une maladie curable, je suppose, j'arrivais, par suite d'un raisonnement faux, à une maladie incurable, et *vice versâ* ; mais ce n'est certes pas le cas. Et si quelques médecins, la plume en main, ont bien voulu, dans leurs ouvrages, formuler des séries nouvelles de médicaments à opposer aux mouches volantes, tous les praticiens, en face du malade, ont pu reconnaître, quoi qu'il en fût, et quoi qu'on en dît, que l'art en cette occurrence est impuissant, et que le seul traitement rationnel consiste à ne rien ordonner lorsque le reste de l'organisme se présente dans son état physiologique.

Le seul but que je me sois proposé, en publiant ce Mémoire, a été de relever de l'inquiétude que pourraient avoir conservé

quelques malades affectés de mouches volantes sur les conséquences de leur maladie, et les préserver de tels et tels traitements, sinon dangereux toujours, au moins ennuyeux, et inutiles.

Je ne crois pas pouvoir mieux terminer ces quelques lignes d'introduction, qu'en copiant textuellement la lettre et la réponse de deux médecins affectés de mouches volantes, écrites l'une par Hannemann en 1673, et l'autre par Thomas Bartholin :

« Il y a environ deux mois, disait Hannemann, qu'il me semble avoir devant les yeux des toiles d'araignées sans que ma vue en ait souffert, puisque, à l'heure même où je vous écris, je l'ai encore si bonne, que je verrais les plus petits objets, et que je puis même supporter la lumière la plus vive sans aucune douleur. Je me suis purgé plusieurs fois, j'ai pris des pilules céphaliques. Je me suis fait suer, j'ai un cautère au bras gauche depuis neuf mois ; j'ai eu les vésicatoires ; je vis dans un grand régime : malgré tout cela, je vois toujours voltiger des images qui changent de forme à chaque instant et suivant les différents mouvements de mes yeux. Je tremble qu'à la fin il ne me vienne une cataracte, quoique Plempius dise avoir eu, depuis son enfance, de pareilles images, sans que sa vue ait jamais été affectée considérablement, et que j'aie traité aussi un malade qui voyait ainsi les objets à travers une espèce de crêpe, sans en avoir la vue moins bonne. »

Réponse de Bartholin : « Les toiles d'araignée dont vous vous plaignez ne doivent point vous alarmer. Il y a plus de trente ans que j'eus, à Padoue, les mêmes accidents ; je craignais, comme vous, que ce ne fussent les avant-coureurs de la cataracte ; mais le docteur Vala me rassura, en me disant qu'elles causaient plus de peur que de mal. Depuis ce temps là, je n'ai tenu compte de ces images qui voltigent devant mes yeux, et qui augmentent ou diminuent suivant que l'air est plus humide ou plus sec, sans que ma vue en ait été jamais plus troublée que la vôtre.

« J'ai eu soin de ne jamais veiller depuis ce temps-là, et de ne point lire ni écrire après souper à la chandelle. J'ai fait usage de tabac, qui m'a fait beaucoup de bien, en détournant par les narines les sérosités qui auraient pu troubler ma vue. Plusieurs personnes, à qui j'ai recommandé ce remède, s'en sont bien trouvées aussi. J'ajoute quelquefois au tabac la marjolaine, l'euphraise, le fenouil, ou l'agaric en trochisques. »

Considérations générales. — Le cristallin (1), composé de sub-

(1) La seconde humeur de l'œil est appelée par Galien *cristalline* et *glaciale*, parce qu'elle ressemble à de la glace et qu'elle est reluisante comme du cristal; Avicennes la nomme *gutta* et *grando* ; Aëtius l'appelle *phacoïde*, parce qu'elle

stances douées de fort peu de vitalité, alumine et gélatine (1), n'en est pas moins cependant exposé à la mortification, comme les autres parties de l'organisme. Les causes de cette mort prématurée se trouvent dans l'action des agents extérieurs, susceptibles d'altérer mécaniquement les vaisseaux sanguins aboutissant à ce corps, le cristallin, ou plutôt à sa capsule (2), et relèvent aussi de l'influence qu'exercent sur l'économie en général les diverses dispositions morbides suivantes : virus vénérien, diathèse scorbutique, scrofuleuse, vice rhumatismal.

Me réservant de reprendre ailleurs les phénomènes qu'offre la nécrose du cristallin d'après les causes qui l'ont produite, je ne ferai qu'indiquer rapidement dans ce Mémoire, d'abord, les symptômes que peut présenter cette nécrose, par rapport à son siége et à son point de départ; dans la seconde partie j'examinerai quelle similitude peuvent avoir ces points noirs que l'on remarque au début de la cataracte et que l'on retrouve également dans les signes précurseurs de l'amaurose; et enfin dans un troisième paragraphe, je me propose d'expliquer en quoi se rapproche et diffère de ces deux ordres de maladies cette autre affection, dite mouches volantes, scotodynie, myodesopsie.

Les vaisseaux artériels, sous l'influence desquels se fait la nutrition de la capsule cristaloïde (3) et du cristallin, sont l'artère

a la figure d'une lentille, φακή, et quelques autres, *discoïde*, parce qu'elle ressemble à un plat, δίσκος : il y en a qui la nomment *l'âme de l'œil, la lunette intérieure* (*OEuvres* d André Dulaurens, 3.621.)

(1) Suivant MM. Chenevix et Nicolas, le cristallin ne diffère des humeurs vitree et aqueuse (ces humeurs, composées d'une grande quantité d'eau et d'une très petite quantité d'albumine, de gélatine et de sel marin), qu'en ce qu'il ne contient point de sel marin et qu'il contient beaucoup plus d'albumine et de gélatine, ce qui rend sa pesanteur spécifique plus considérable. (Thenard, *Traité de Chimie*, t. III).

(2) Jusqu'à présent on est fort peu d'accord sur la présence ou sur l'absence des vaisseaux sanguins dans la substance du cristallin. Il paraît probable que les ramifications artérielles se bornent à sa membrane, et il est à peu près certain aussi qu'il ne reçoit aucun nerf (M. Hyppolite Cloquet). M Milne Edwards le croit un produit de la membrane capsulaire plutôt qu'un corps organisé et vivant. (T. XII, *Dict d hist.* d. N.)

(3) La capsule cristalloïde est formée par deux tuniques sphéroïdales concaves adaptées par leurs bords et liées l'une à l'autre par de petits ligaments qui représentent, comme l'a dit M. Hyppolite Cloquet, une série de fentes transversales. La vie intime de ces deux coques capsulaires est aussi indépendante des parties qui leur sont contiguës (J me), qu'elles sont en quelque sorte indépendantes l'une de l'autre (Lancisi, Wolhouse, Littré, Duverney.)

Quelques-unes de ces artères ciliaires, celles donc qui concourent à la formation des procès ciliaires, servent à la nutrition de la capsule dans sa partie antérieure, sans que du reste leur influence incitative dépasse aucunement le limbe de cette capsule; la régénération du cristallin est sous la dépendance spéciale de l'artère centrale de la rétine; et quant à la partie postérieure de la capsule, elle reçoit sa nutrition, 1° de cette même artère centrale de la rétine

centrale de la rétine et les artères ciliaires : ces deux ordres de vaisseaux naissent de l'artère ophthalmique, division de la carotide interne.

L'artère centrale de la rétine, après être sortie de son canal dans le nerf optique, envoie plusieurs branches à la rétine, puis à la hyaloïde, et s'engage ensuite et chemine dans le canal médian que forme en se repliant sur elle-même cette membrane, et vient enfin se ramifier sur la partie postérieure de la capsule cristalloïde, et s'y perdre en une infinité de petites artérioles.

Les artères ciliaires ne viennent pas toutes positivement de l'ophthalmique ; quelques-unes partent directement du tronc principal. Après s'être divisées près de la partie postérieure du globe de l'œil en un grand nombre de rameaux et avoir formé un cercle autour du nerf optique, elles percent la sclérotique très près de ce nerf, et vont se distribuer à la choroïde, au ligament ciliaire qu'elles forment en partie, enfin à l'iris d'une part et, d'autre part, constituer les procès ciliaires. Ces procès ciliaires, appelés aussi rayons sous iriens, sont des fibres droites dont la base est adhérente au plexus ciliaire, et dont les extrémités se terminent en pointe en se dirigeant sur la partie antérieure de la capsule cristaloïde, sur laquelle elles s'épandent en formant un disque rayonné. La disposition de ces artères est, en conséquence, absolument différente ; l'une en arrière, l'artère centrale, se porte du centre à la circonférence ; et les artères ciliaires, en avant, au contraire, se dirigent de la circonférence au centre.

Si maintenant nous supposons que, par une des causes désignées plus haut, les principaux vaisseaux que contient cette membrane, soit antérieurement, soit postérieurement, viennent à s'oblitérer et ne puissent plus porter les sucs nutritifs dans la partie qu'ils sont chargés d'alimenter, cette membrane et le corps qu'elle renferme ne pourront certainement manquer d'être frappés de mort dans un temps fort court ; mais, si au lieu d'admettre que ce soit l'une des branches importantes qui soit oblitérée, mais seulement un des rameaux, je ne dirai pas inutiles mais non-absolument nécessaires à la parfaite nutrition de cet ensemble organique, au moyen des anatomoses qui existent entre ses artères propres et celles des parties environnantes, le cristallin et, *à fortiori*, la membrane cristaloïde, pourront continuer à vivre, la nécrose être simplement limitée à la partie d'artère oblitérée, et la cataracte, en définitive, ne pas être

(dans une proportion fort minime, il est vrai), et particulièrement des artérioles qui lui viennent ou plutôt qui l'unissent à la membrane hyaloïde.

le résultat nécessairement immédiat de cette oblitération.

En raison de la position de cette branche artérielle, les phénomènes qu'entraînera son oblitération seront donc inappréciables pour les malades, si elle est en dehors du champ de la pupille, ou se révèleront sous l'apparence de mouches, de fils d'araignée, de cheveux, etc., si elle se trouve, au contraire, rapprochée de l'axe visuel.

On conçoit effectivement que les rayons de lumière rencontrant, n'importe où, ces branches artérielles, devenues opaques par la stase du sang, ne les pourront pénétrer, et qu'il devra se former sur la rétine des ombres semblables aux corps qui les auront produites.

Ces mouches, taches noires, ou fils d'araignée, comme on voudra les appeler, que nous posons ici comme symptômes précurseurs de la cataracte, et assez généralement admis comme tels après tous, ont cependant été méconnus ou plutôt dérangés de leur vraie signification par quelques écrivains. Ainsi Godekenn, entre autres, prenant, il est juste de le dire, la question d'un point de vue différent, mais voulant, bon gré, mal gré toutefois, en retrouver la cause dans l'altération de la rétine, demandait comment il pourrait se faire qu'ayant pour point de départ l'opacité du cristallin, ces apparences pussent persister pendant des années entières sans être suivies de cataracte.

Warre, tout en les considérant comme symptomatiques de la cataracte, pensait aussi qu'elles ne se rencontraient que rarement, ou lorsque antérieurement il avait existé une inflammation des membranes internes de l'œil, ou bien encore qu'elles n'apparaissaient que sous l'influence d'un affaiblissement extrême du système nerveux.

D'autres furent plus loin et les rayèrent., les nièrent sans restriction et dans le sens le plus absolu du mot, prétendant que, dans aucun cas, elles ne précédaient la cataracte.

Cette objection de Godekenn et ces diverses distinctions de Warre ont si souvent été infirmées par l'observation, que nous ne croyons pas devoir nous y arrêter davantage. En somme, voici ce que j'ai recueilli auprès des malades affectés de cataracte que j'ai pu interroger : au début, la plupart avaient aperçu des taches qui accompagnaient, pour les uns, l'œil dans tous ses mouvements, et pour les autres, semblaient voltiger devant eux ; ou il n'y avait jamais eu qu'une seule tache occupant le centre de la pupille, ou ces filaments avaient paru multiples et excentriques; constamment opaques et noirâtres, ces taches, à mesure que la maladie avait fait des progrès, étaient devenues plus

étendues et avaient fini par envahir tout le champ de la vision, etc.

J'aurais aussi bien pu citer les paroles suivantes de Maître-Jan, et de préférence les choisir peut-être à mes observations, pour me servir de réponse et venir en aide d'un point de pathologie qu'au surplus, je le répète, je considère comme décidé et bien arrêté : quand les malades, disait cet auteur, croient voir voltiger en l'air quelques-unes ou plusieurs de ces choses qui ressemblent à des cheveux, des mouches, on peut croire au commencement d'une cataracte. *(Chap. xxij. page* 112, année 1749*)*.

Ou bien emprunter à André Dulaurens ces quelques mots : « C'est donc une chose constante qu'on voit voleter devant les « yeux, au commencement des suffusions, des moucherons et « autres semblables corps voletants, lesquels ne sont point en « l'air, car un chacun les verrait, mais dans l'œil. » (*Œuvres* d'André Dulaurens, année 1621)

Et sans remonter aussi haut dans l'histoire de cette maladie, M. Güeneau de Mussy, dans sa thèse inaugurale, dont j'extrais ces lignes, n'est pas moins explicite :

« Il est certain, dit-il, que des taches se montrent souvent « comme prodromes de la cataracte ; et je ne vois pas pourquoi « le cristallin et sa capsule ne pourraient pas devenir le siége « d'opacités partielles et disséminées sous l'influence d'une in- « flammation légère. N'est-ce pas du reste, ajoute-t-il encore, « ce que nous observons partout ailleurs dans les phlegmasies « des membranes transparentes, des séreuses par exemple ? car « le premier phénomène qui les caractérise est l'apparition de « taches opalines sur le trajet des vaisseaux, et quand l'inflam- « mation s'étend à toute la membrane, celle-ci revêt une appa- « rence laiteuse due à un épanchement de sérosité ou de lymphe « plastique dans la trame celluleuse des tissus malades. » (An- « née 1859).

Pour en finir avec cette question incidente, je pense donc que si cette oblitération des vaisseaux artériels, que nous avons posée comme étant fort souvent cause prochaine et immédiate de la cataracte, ne porte pas de prime-abord sur les branches de ces mêmes vaisseaux, absolument nécessaires, soit à la nutrition de la capsule, soit particulièrement à l'imbibition du cristallin, ce qui entraînerait alors d'emblée l'opacité de ces parties, il doit s'ensuivre la sensation de taches, de mouches noires, de fils d'araignée, etc.

Pour quelques malades, ces mouches ne sont visibles que de temps à autre et dans une position donnée, soit dans cette cir-

constance, je suppose, au moment juste où ils ferment les paupières ; en cette occurrence, ces mouches décrivent une parabole et se portent de dehors en dedans, où elles s'évanouissent et disparaissent aussitôt. Il est d'observation que l'œil, recouvert entièrement par les paupières, se trouve en effet avoir tourné sur son axe, ayant quelque peu cédé dans cet acte aux muscles adducteurs, droit, interne, grand et petit oblique. Si donc cet organe est par un mouvement de rotation ramené vers la ligne médiane, les taches que nous supposons placées à l'angle externe, et qui s'y retrouvent presque toujours, devront également suivre ce même mouvement.

Cette préférence d'élection pour un côté plutôt que pour l'autre ne tiendrait-elle pas à la direction de l'artère centrale, qui se bifurque sur la partie postérieure de la capsule et s'y divise en deux branches, l'une interne et l'autre externe ; mais dont la branche principale, que l'on peut considérer comme la continuation du tronc, se porte et se perd particulièrement au côté externe ? Je le crois.

Boërhave avait déjà fait la remarque suivante : que les mouches vues au côté interne de l'œil sont rarement suivies de cécité, terminaison à craindre, au contraire, lorsqu'elles se manifestent dans l'axe visuel ou au côté externe de cet axe.

En résumé, ces taches, indépendamment des mouvements du globe, pourront paraître et disparaître, être mobiles, en un mot, d'après leur situation : ainsi, paraître, si elles sont placées dans l'un des points de la grande circonférence de la capsule cristalloïde, à la périphérie de cette membrane, et si le malade se tient dans une demi obscurité ; disparaître, s'il se présente au grand jour, selon conséquemment que l'iris sera dilaté ou contracté (leur mobilité est le cas le plus ordinaire). Cependant il pourrait se faire qu'elles parussent en quelque sorte permanentes, si elles se trouvaient dans un rayon rapproché du centre de l'œil ; la perception en serait pour lors plus ou moins diffuse.

Les mouvements d'allongement et de raccourcissement du globe oculaire, en changeant à chaque instant les rapports du cristallin avec l'organe immédiat de la vision, peuvent également être considérés comme l'un des éléments puissants de motion de ces taches. Les expériences si curieuses de sir Évérard Home, prouvées et démontrées par les formules algébriques de Ramsdem, ne laissent aucun doute en effet sur les différents mouvements de la cornée dans l'acte de la vision.

Mobiles ou immobiles, ces mouches peuvent rester stationnaires fort longtemps, eu égard au développement des vaisseaux

collatéraux ; mais le plus souvent cet empêchement dans la circulation se change en véritable carie ; il s'établit dès lors entre le mort et le vif un travail d'élimination analogue à celui qu'en pareil cas l'on remarque dans toute autre région de l'organisme; les parties se gonflent, s'enflamment, peu à peu s'affaissent, se durcissent, se dessèchent, et arrivent enfin à cet état que l'on a nommé ou *carie*, ou *gangrène*, ou *nécrose*, ou en définitive *cataracte* lorsqu'il s'est agi du cristallin. Si cette période d'inflammation, souvent peu sentie pour ce corps, sentie du reste en proportion de son peu de vitalité, se trouve, par une cause quelconque, portée au-delà du rhythme ordinaire, des adhérences avec la capsule et entre la capsule et l'iris s'établissent et constituent alors ce qu'on a appelé cataractes membraneuses, cataractes capsulaires, etc. De cette proposition découle ce précepte reconnu vrai, qu'il ne faut pas opérer les cataractes avant leur parfaite maturité.

Quant aux taches noires de l'amaurose, elles sont tout à fait dissemblables de celles dont nous avons parlé jusqu'ici. Ainsi, toujours fixes, elles n'arrivent jamais à cet état de taches noires sans passer par une série de plusieurs couleurs; quelques malades, par exemple, auront eu tout d'abord la conscience d'un point lumineux qui sera devenu blanc, puis orangé, jaune, quelquefois vert, enfin noir ; dans l'autre cas, au contraire, la tache, parfaitement noire dès le début, n'éprouve aucune de ces variations d'optique. Chez les malades menacés d'amaurose, les prodromes ne sont pas moins caractéristiques : tourmentés de maux de tête, d'étourdissements, d'envie de vomir, ils voient le plus ordinairement des étincelles et des éclairs ; par opposition, si l'oblitération de l'une des artères indiquées devait amener la cécité, cette cécité serait rarement précédée de ces symptômes ; et si par hasard, admettons cette exception, ils avaient existé, ce n'aurait été que d'une manière fugace et sans qu'ils eussent eu aucune intensité, aucun caractère important.

Le seul rapport de communauté qu'aient entre elles ces taches, c'est qu'elles sont toutes deux pareillement accompagnées d'une diminution dans la fonction visuelle : mais de ce lien commun ressort encore une différence essentielle, car les malades amaurotiques recherchent le grand jour, voient mieux à une lumière vive, et les malades cataractés se tiennent de préférence dans l'ombre et dans un demi jour. C'est d'après cette observation que l'on a dit qu'à la marche, à la pose et à la manière de porter la tête, de projeter les yeux, on pouvait reconnaître un malade cataracté d'un malade amaurotique : ceux-ci effectivement mar-

chent la tête haute et les yeux tournés en l'air, cherchant la lumière, semblant l'aspirer par tous les pores, comme l'a dit je ne sais plus quel écrivain ; et ceux-là vont la tête basse, recherchant encore une fois l'obscurité et les positions diverses où la pupille se dilatant davantage peut alors réunir une plus grande somme de rayons lumineux.

Si l'un des caractères de l'animalité est de former un tout indivisible, on peut alors supposer que les premières atteintes, portées à telle partie que l'on voudra de ce tout, s'exprimeront par des symptômes généraux ; mais de vagues et généraux d'abord, et pouvant, ces symptômes, s'appliquer au départ à tous les éléments de l'organisme, ils prendront plus tard un caractère distinctif et révèleront une maladie ou nerveuse ou inflammatoire, selon qu'ils auront plus spécialement porté, soit sur le système nerveux, soit sur le système sanguin. Si donc, au début de l'amaurose, on retrouve quelques symptômes semblables à ceux qui se manifestent au commencement de la cataracte, c'est que le germe de maladie, qui doit rompre l'unité harmonique qui constitue la vie bien ordonnée, n'a, dans le principe, rien de tranché, et n'a pas plus porté sur le système nerveux oculaire, que sur l'un ou l'autre ordre des autres vaisseaux de l'œil.

Quoique plusieurs auteurs, citons Quesnay entre autres, aient admis que la tension des nerfs pouvait être cause de gangrène, nous ne croyons pas que cette tension joue aucun rôle dans la production de la cataracte ; car si le fluide nerveux est indispensable pour l'exercice de la sensibilité et de la contractilité de l'œil, il ne l'est pas pour celui de ses propriété physiques ; or, les propriétés physiques suffiraient seules pour en empêcher la mortification (1).

Nous n'aborderons pas ici l'examen des causes si multiples qui peuvent déterminer l'oblitération des artères dont il a été déjà plusieurs fois question dans ce Mémoire (cause ordinaire et immédiate, avons-nous dit de la cataracte), cet examen devenant, par les considérations qui s'y rattachent, absolument étranger aux propositions qui nous occupent et devant conséquemment nous eloigner de notre sujet.

Quant aux taches amaurotiques, nous les croyons provenir

(1) Rigoureusement parlant, l'innervation entre pour une part dans l'acte que nous comprenons sous la dénomination de *propriétés physiques ;* mais ici sa part n'est que secondaire par rapport au rôle que joue l'hematose ; secondaire encore, si l'on veut prendre pour point de comparaison sa préséance, son absolue nécessité dans l'acte de la sensibilité speciale et de la contraction volontaire : c'est donc ainsi que nous l'entendons, en l'isolant des propriétés organiques de l'œil.

d'une altération qui aurait particulièrement porté sur les propriétés physiques du fluide nerveux ; nous croyons qu'elles tiennent, tantôt à l'annihilation partielle de la rétine et quelquefois à la paralysie de quelques-unes des fibres isolées du nerf optique, etc.

Je terminerai ce paragraphe sur les différences qui séparent essentiellement les taches symptomatiques de la cataracte de celles de l'amaurose, en ajoutant que, dans cette dernière maladie, ces taches paraissent se former spontanément, qu'elles sont rarement stationnaires, qu'elles grandissent, s'accroissent et s'étendent plutôt par heurts, saccades et soubresauts qu'autrement ; lorsqu'au contraire l'affection se termine par la cataracte, ces taches arrivent insensiblement, sans prodromes, et en quelque sorte à l'insu des malades. Dans le cas d'amaurose, l'altération des fonctions est primitive ; dans la cataracte, cette diminution de fonction est secondaire. Ces taches diffèrent entre elles encore par leur marche et par leur forme : ainsi, celles de la cataracte envahissent rarement les deux yeux en même temps, tandis que celles de l'amaurose, la plupart du temps, affectent les deux yeux simultanément. Les taches qui se rapportent au cristallin sont arrondies et de petite dimension ; celles qui proviennent d'une altération de la rétine sont assez ordinairement larges, échiquetées et anguleuses. N'oublions pas de noter que, pour l'une de ces maladies, la cataracte, les taches disparaissent chaque fois que le malade ferme les yeux, et qu'elles persistent, pour l'amaurose, même dans l'obscurité. Enfin, disons que les taches amaurotiques n'entraînent pas nécessairement de changement de couleurs dans les milieux transparents de l'œil, et répétons encore une fois que l'oblitération des artères indiquées amenant la mortification du cristallin, ce corps prend une teinte lactée.

La cataracte, comme l'amaurose, peut affecter tous les âges de la vie ; cependant la première de ces deux maladies appartient plus particulièrement à l'enfance et à la vieillesse, et la seconde au jeune homme et à l'homme mûr. L'une, la cataracte, ne donne lieu à aucune douleur intense du globe oculaire, et l'autre est constamment accompagnée d'un état d'éréthisme insupportable de l'œil, de douleurs profondes dans cet organe, dans la racine du nez, dans le front, avec réaction vers le cerveau.

De la disposition de l'iris, contractile et régulier dans ses mouvements, pour la cataracte, ou bien immobile, propulsé en avant, ou rentré, déprimé, déformé et frangé dans sa marge pupillaire, pour l'amaurose, découlent des signes diagnostics trop importants, pour qu'en passant nous ne croyons pas devoir les

indiquer ; mais ces considérations sont plutôt de l'histoire de l'amaurose en général, qu'elles ne rentrent dans le tableau comparatif de l'amaurose et de la cataracte, que nous avons simplement voulu esquisser en rapprochant les symptômes qui caractérisent ces deux affections.

J'ajouterai cependant encore que, dans le cas où le cristallin serait opaque ou même n'aurait qu'une teinte nébuleuse, on pourrait, à l'aide du signe diagnostic donné par M. Sanson, arriver à déterminer cette teinte anormale d'une manière beaucoup plus certaine qu'on ne l'a fait jusqu'alors.

(*La suite à un prochain numéro.*)

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

MÉDECINE LÉGALE. — 18. *Procédé au moyen duquel on peut obtenir en une seule opération tous les métaux dans les recherches de chimie légale;* par M H. GAULTIER DE CLAUBRY. — Présenté à l'Académie des Sciences.

(Annales d'hygiène publique et de médecine légale, janvier 1849.)

Les nombreuses recherches faites depuis une trentaine d'années sur les procédés propres à reconnaître les poisons, même en proportions extrêmement faibles, ont conduit à des résultats précieux dont la justice et l'humanité ont profité dans un grand nombre de questions criminelles.

On ne peut se dissimuler, cependant, qu'il reste beaucoup à faire pour que le chimiste légiste parvienne, avec toute la certitude désirable, à retrouver dans des produits suspects les matières toxiques qu'ils renferment.

En laissant de côté les poisons organiques à l'occasion desquels se présentent des difficultés d'une nature toute particulière, quand il s'agit de démontrer l'existence, et, comme il est toujours indispensable de le faire, de présenter un corps toxique métallique, il s'offre d'autres difficultés que les efforts de tous ceux qui se sont occupés d'une manière plus spéciale de ce genre de travaux ne sont encore parvenus à surmonter qu'incomplétement.

Si, dans les recherches de ce genre, on avait à sa disposition des proportions de produits telles, qu'il fût possible de répéter à plusieurs fois des essais plus ou moins infructueux, on aurait beaucoup moins à se préoccuper des procédés à mettre en pratique; mais les quantités des matières sur lesquelles on est

appelé à procéder sont toujours limitées, et non seulement il faut pouvoir satisfaire à la justice, en extrayant de la partie sur laquelle on opère les produits toxiques que l'on recherche, mais il est indispensable d'en conserver une assez grande proportion pour les cas d'une contre-expertise. Force est donc d'opérer de manière à obtenir, avec le moins de tâtonnements possible et sur une portion seulement des matières suspectées, les substances toxiques qu'elles renferment.

La présence des matières organiques naturelles ou altérées, au sein desquelles se rencontrent les substances toxiques, modifie tellement les caractères de celles-ci, que les plus graves erreurs seraient la conséquence de recherches faites sous leur influence ; tous les efforts du chimiste-légiste tendent donc à les écarter ou à annihiler leur action. Les travaux de ceux qui se sont plus particulièrement occupés de ce genre d'études sont là pour prouver combien sont nombreuses et variées les difficultés qu'il s'agit de surmonter.

Alors que des produits suspects sont remis à des experts avec des indications relatives à la nature d'un poison, ils n'ont plus à se préoccuper que des moyens de l'extraire avec le moins de perte possible ; mais rarement les données antérieures à l'expertise sont assez positives pour que leurs recherches doivent se borner uniquement à l'extraction de ce toxique. Outre que ces indications pourraient se trouver plus ou moins inexactes, il n'est pas rare de rencontrer des mélanges de divers poisons, et, dans tous les cas, il importe de s'assurer si la substance supposée est réellement la seule que renferment les produits.

Cependant on est rarement dans un doute absolu relativement à la nature des produits ayant servi à un empoisonnement, et, quelque légers que soient les indices recueillis par la justice, l'expert en tire un avantage réel dans ses recherches pour diminuer autant que possible le nombre de ses tâtonnements, et, autant que possible aussi, arriver directement au procédé qui permet d'extraire le poison.

La recherche des substances toxiques du règne organique offre en ce moment de très-grandes difficultés, soit parce que fréquemment moins bien caractérisées que celles qui proviennent du règne minéral, et agissant souvent à des doses extrêmement faibles, il est plus difficile de les séparer des produits au sein desquels elle se trouvent ; soit parce que leur altération par les véhicules ou les réactifs employés peut les faire disparaître au milieu même des opérations dans lesquelles on s'occupe d'en déterminer la présence.

J'ai quelque confiance de pouvoir présenter prochainement à l'Académie un travail qui conduirait, à l'égard des produits toxiques organiques, à des résultats analogues à ceux que j'ai l'honneur de lui soumettre aujourd'hui en ce qui touche les poisons métalliques; mais les recherches qui me restent à faire ne me permettent pas de traiter ce sujet en ce moment.

Il est absolument inutile de s'arrêter ici aux détails relatifs à la recherche des produits que l'on pourrait reconnaître par leurs caractères physiques. Cette recherche sera toujours nécessaire, quels que soient les procédés que l'on devra suivre pour découvrir les matières toxiques à un état où l'œil ne peut les apercevoir, et devra toujours précéder l'emploi des véhicules ou des réactifs qui altéreraient physiquement les produits.

Les substances toxiques pouvant être solubles dans l'eau ou dans l'alcool, il est toujours important de soumettre à l'action de ces véhicules les produits suspectés; mais là doit se borner le traitement à leur faire subir, et si les dissolutions aqueuses ou alcooliques ne fournissent pas des résultats positifs quant à la nature du poison, il faut les évaporer pour les réunir aux résidus sur lesquels on doit opérer ensuite dans le procédé que nous allons décrire; bien entendu s'il n'y a été ajouté aucun réactif qui renferme l'une des substances que l'on rechercherait; nous devons faire remarquer que dans aucun cas on n'a besoin de recourir, pour la décoloration des liqueurs, à l'emploi du nord animal, qui, comme l'ont prouvé les recherches de plusieurs chimistes, enlèvent divers sels, qui se trouvent ainsi perdus pour l'opération, à moins qu'on ne les recherche ensuite dans le charbon lui-même.

On voit, d'après ces détails, que le procédé que je propose ne modifie en rien ceux que l'expert doit suivre quand il ne possède aucune donnée positive sur la nature d'un poison, et qu'il est forcé de rechercher tous ceux que pourraient renfermer les produits sur lesquels il opère.

Dans l'état actuel des choses, alors qu'il avait terminé les recherches fondées sur l'action de divers véhicules, l'expert était forcé de recourir à l'emploi de procédés différents, suivant la nature des produits métalliques qu'il s'agissait de reconnaître; car, à l'exception de l'arsenic et de l'antimoine, pour lesquels il pouvait faire usage d'un même mode de destruction des matières organiques, il lui fallait appliquer des modes particuliers aux différents poisons métalliques qui auraient pu être ingérés.

Je ne crois pas avoir besoin de signaler ici longuement les inconvénients de ce mode d'opérer : il ne sera pas inutile cepen-

dant de prévoir une objection, que pourraient présenter quelques personnes qui trouveraient peut-être que l'emploi d'un procédé unique, pour reconnaître tous les poisons métalliques, réduira les recherches du chimiste-légiste à une simplicité peu en rapport avec l'importance du sujet.

Sans aucun doute, une plus grande habitude des manipulations délicates de la chimie était nécessaire lorsqu'il s'agissait de faire usage d'autant de procédés qu'il pouvait se trouver de substances métalliques dans les produits suspectés, qu'alors qu'un moyen unique pourra être appliqué pour les rechercher toutes; sans aucun doute aussi, les traités de chimie légale se trouveront singulièrement diminués, lorsqu'il ne s'agira plus que de la description d'un seul procédé, tandis qu'il fallait en faire connaître un grand nombre; mais serait-il permis de s'arrêter à de semblables considérations, quand le but unique de l'expert doit être de fournir à la justice des lumières, qu'elle attend de ses connaissances, et à la défense, les moyens de disculper un accusé ?

Que les produits suspectés aient été, ou non, soumis à l'action de l'eau ou de l'alcool, quels que soient leur état de solidité, de mollesse, leur nature et les mélanges qu'ils peuvent renfermer; sans avoir à s'occuper de leur dessiccation, de leur division ou de leur mélange avec quelque matière solide, comme dans le procédé de destruction par le nitrate de potasse, par exemple, dont la proportion doit être déterminée avec soin, parce qu'en deux sens inverses l'excès des matières mélangées offre des inconvénients graves, ou avec l'acide sulfurique au sein duquel on les divise quelquefois avec difficulté, on les soumet directement à l'action du véhicule propre à détruire les matières organiques et à présenter à l'état de dissolution les composés métalliques qui en proviendraient.

On a proposé et employé dans ce but, avec plus ou moins d'avantages, l'acide chlorhydrique ou le chlore. Sans nous arrêter à discuter les avantages ou les inconvénients de leur emploi, nous pouvons dire que l'altération est toujours plus ou moins difficile et qu'une très-grande partie des matières organiques résiste à l'action altérante.

On sait, par de nombreux faits, combien plus facilement un corps agit à l'état naissant qu'alors qu'il est parvenu à celui sous lequel il se présente à nous : c'est précisément à cet état naissant que l'on peut utiliser le chlore dans le but qui nous occupe.

Nous n'avons pas à nous préoccuper ici de la nature réelle des produits qui proviennent de l'action mutuelle des acides

chlorhydrique et nitrique : la seule chose qui nous intéresse est de profiter de cette action.

Or, si l'on introduit dans de l'acide chlorhydrique fumant une matière organisée quelconque, abstraction faite des produits gras qui ne sont altérés qu'avec beaucoup de difficulté, et qu'à froid, ou après avoir élevé la température suivant que les produits seront plus ou moins facilement altérables, on ajoute peu à peu de l'acide nitrique concentré, il se détermine, par une légère élévation de température, une action altérante qui les fait bientôt disparaître complétement à l'exception des matières grasses, on obtient une dissolution à peine colorée, transparente et sur laquelle on peut opérer ensuite avec la plus grande facilité.

L'estomac, les intestins, le foie, les produits des vomissements, les matières excrémentitielles, le sang, l'urine, le vin, le lait, la terre des cimetières, etc., etc., se prêtent également à ce genre de traitement, qui n'exige aucun soin particulier, de sorte que l'opération se fait avec autant de facilité que la dissolution d'un métal dans un acide.

Dans le cas où le toxique est de l'arsenic, et que l'opération est conduite avec lenteur, les produits distillés ne renferment pas de métal ; cependant comme il pourrait se volatiliser une portion de chlorure et que le dégagement du chlore et de la portion d'acide qui se distille exige quelques moyens de condensation, pour ne pas être gêné par leur expansion, dans le laboratoire, il convient toujours d'opérer dans une cornue munie d'un ballon tubulé. Quand l'opération est terminée, on reprend le liquide condensé pour le traiter comme nous le dirons plus loin. Une cornue tubulée, dans laquelle on introduit d'abord l'acide chlorhydrique et successivement les produits suspects, jusqu'à ce qu'ils soient bien désorganisés, et enfin l'acide nitrique, suffisent donc pour l'opération.

Si l'on était certain que l'arsenic n'existât pas et que l'on n'eût pas à se préserver des vapeurs acides et du dégagement du chlore, on opérerait dans un matras.

Ici, on n'éprouve pas les difficultés que présente, pour la destruction des matières organisées, l'emploi de l'acide sulfurique, le produit restant complétement liquide.

Quand les matières sont bien désorganisées, on introduit peu à peu de l'acide nitrique et on continue à chauffer doucement ; lorsque, par des additions successives de cet acide, les matières organiques ont disparu et qu'il ne reste plus que des corps, on décante, on lave ceux-ci à diverses reprises avec de

l'eau distillée en les faisant fondre à chaque fois, et l'on réunit les eaux de lavage au liquide primitif.

Arrivée à ce point, la recherche des métaux devient extrêmement facile : on peut l'opérer par divers moyens.

Si on voulait les précipiter par l'acide sulfhydrique, il faudrait chasser l'acide nitrique, en faisant bouillir la liqueur avec un excès d'acide chlorhydrique jusqu'à ce qu'il cessât de se dégager du chlore, et alors on n'aurait plus qu'à rechercher dans la liqueur le zinc qui pourrait s'y trouver ou les métaux non précipitables par l'acide sulfhydrique.

Si l'on croyait devoir faire usage de la méthode de Marsh, on saturerait la liqueur par de la potasse pure et après décomposition par l'acide sulfurique pour chasser jusqu'aux dernières traces d'acide nitrique, on opérerait comme à l'ordinaire.

J'ai fait usage d'un autre procédé qui me paraît offrir des avantages importants et dont l'exécution est facile ; il repose sur la précipitation, par un courant galvanique, des métaux de la dissolution ; voici comment on opère :

Après avoir concentré les liqueurs jusqu'à un point que l'expérience fait facilement connaître pour en chasser l'excès d'acide, on y plonge deux lames de platine ou une seule lame formant la cathode d'une pile à courant constant, par exemple celle de Bunsen, et un autre de zinc, si l'on ne recherche pas ce métal, d'étain ou de platine, dans le cas contraire, formant l'anode.

Après un temps plus ou moins long suivant une foule de circonstances, mais qui ne dépasse pas huit ou dix heures dans les conditions les plus défavorables, le platine se trouve recouvert par un dépôt formé du métal ou des métaux que renfermait la dissolution : après avoir lavé cette lame au moyen de la bouteille à laver, on la traite par l'acide nitrique à froid ou à chaud, et on obtient une dissolution du métal ou des métaux, sur laquelle on opère avec la plus grande facilité par suite du petit volume de liquide qui a été obtenu.

On peut retrouver ainsi des proportions presque infinitésimales des divers métaux, et l'on voit que le même procédé s'applique à tous, excepté l'argent que l'on a bien rarement l'occasion de rechercher dans des cas d'empoisonnement, et le zinc pour lequel il s'agit seulement d'employer le platine ou l'étain comme cathode de la pile.

Quoique très-peu soluble par lui-même, le chlorure de plomb se dissout assez facilement dans un excès d'acide chlorhydrique pour que tout le plomb se retrouve dans la liqueur.

Si l'on soupçonnait dans les produits examinés la présence de l'arsenic, on saturerait par la potasse pure les liquides condensés dans le traitement par l'eau régale, et après avoir convenablement concentré la dissolution, on la réunirait avec celle des produits organiques.

Dans aucun autre cas, on n'a à se préoccuper des produits volatils.

Je crois inutile de décrire ici les nombreux essais que j'ai faits pour l'étude de ce procédé qui, mis entre les mains des chimistes, ne leur présentera aucune difficulté dans son application.

Le chimiste-légiste n'est pas seulement appelé à éclairer les investigations de la justice dans les cas d'empoisonnement; il a souvent à exécuter des recherches dont le but est de constater l'emploi de substances qui peuvent se trouver en proportion insuffisante pour agir comme toxiques, mais qu'il importe de prohiber par suite des accidents auxquels elles peuvent donner lieu; telle est, par exemple, celle du cuivre dans le pain.

On sait que des boulangers, dans un but de fraude, ont quelquefois introduit dans la pâte des proportions extrêmement faibles de sulfate de cuivre ; on sait aussi combien est longue l'incinération du charbon provenant du pain ; le traitement par le procédé que j'ai décrit est d'une facilité et d'une rapidité extrêmes ; il permet d'opérer dans un temps très-court sur une proportion considérable de pain, de multiplier les essais, et ne laisse rien à désirer sous le rapport de l'exactitude.

Quand il s'agit de rechercher le zinc dans du pain ou d'autres matières organiques et que l'on a recours à la carbonisation, il est toujours à craindre qu'une portion du métal se volatilise : par le traitement au moyen de l'eau régale, à la facilité de l'opération se joint la certitude de ne perdre aucune portion du produit.

Je pense qu'il n'est pas nécessaire de signaler toutes les autres circonstances dans lesquelles le procédé nouveau trouvera son application ; je n'en ai jusqu'ici rencontré aucune, où je n'aie pu en faire usage, et dès lors il m'est permis de penser que son adoption pourra rendre de véritables services aux chimistes appelés à des recherches du genre de celles qui nous occupent.

On pourra élever contre l'emploi de ce procédé une objection déjà présentée contre divers autres dans lesquels on fait usage d'acide chlorhydrique : c'est que cet acide peut renfermer de l'arsenic. Il n'y a qu'une seule chose à répondre à ce sujet : c'est que, comme on peut obtenir de l'acide chlorhydrique exempt d'arsenic, il suffit de n'employer que celui-là. L'acide sulfurique,

aussi, renferme souvent une plus ou moins grande proportion de ce métal : c'est d'acide sulfurique n'en contenant pas que l'on doit toujours faire usage.

J'ai besoin, pour ne pas être considéré comme un plagiaire dissimulé relativement à des recherches du docteur Abreu, de donner ici une courte explication sur l'époque à laquelle j'ai commencé à me livrer à des recherches sur le procédé que j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie : elle ne laissera subsister aucun doute à ce sujet.

Le 1er avril 1844, j'ai présenté à l'Académie, dans un paquet cacheté dont elle a bien voulu accepter le dépôt, la description du procédé que je viens de signaler dans ce Mémoire : des circonstances particulières, qu'il est inutile d'indiquer ici et la certitude que j'ai voulu acquérir de ses avantages par des recherches multipliées, m'ont empêché de le publier plus tôt ; mais les dates prouvent que je n'ai rien emprunté à M. Abreu, et que, bien longtemps avant lui, j'avais appliqué un moyen qui me paraît plus avantageux que celui qu'il a proposé et qui n'est après tout que le procédé de M. Millon, employé dans d'autres conditions ; ce procédé n'a trait d'ailleurs qu'à la destruction des matières organiques, et non à la séparation des métaux des dissolutions qui les renferment.

Il me sera facile d'administrer la preuve du fait que j'avance en priant l'Académie de vouloir bien faire ouvrir le paquet déposé et le remettre aux commissaires chargés de l'examen de mon travail.

(Le paquet ouvert a été reconnu renfermant la description succincte du procédé qui vient d'être décrit. — *Comptes-rendus*, séance du 13 décembre 1848.)

---

19. *Suspicion d'un empoisonnement d'un enfant. — Présence de l'arsenic, annoncée par les premiers experts. — Opinion contraire, émise par les seconds. — Résultats d'une troisième expertise.*

(Annales d'hygiène publique et de médecine légale, janvier 1849.)

Le but que nous nous sommes proposé en publiant les résultats de cette affaire est de démontrer : 1° avec quelle réserve on doit se prononcer dans les cas où la vie des hommes est en jeu ; 2° quelles sont les précautions à prendre soit dans le choix des réactifs, soit dans celui des vases et des localités où l'on doit opérer; 3° enfin la nécessité de ne pas se fier à une première opération, mais d'en faire plusieurs, afin d'être bien certain des faits qu'on a observés.

Un enfant, le nommé A..., ayant succombé, ses parents furent soupçonnés d'empoisonnement ; l'attention de la justice ayant

été éveillée, elle ordonna l'autopsie du cadavre et l'analyse des organes. Nous allons faire connaître les résultats obtenus de ces investigations.

Procès verbal d'autopsie. — « Nous soussignés docteurs en médecine, sur le réquisitoire de M. le juge d'instruction près le tribunal de cette ville, en date du 10 de ce mois, après nous être transportés, à deux heures du matin dudit jour, au cimetière, afin de procéder à l'autopsie de l'enfant, et de rechercher quelles ont été les causes de sa mort, rapportons ce qui suit :

« L'exhumation a été faite devant nous, et le père de l'enfant, présent à cette opération, a reconnu le cadavre de son fils.

« Nous avons examiné avec la plus scrupuleuse attention la surface du corps ; elle ne nous a montré que des suggillations cadavériques et un commencement d'emphysème ; la région auriculaire à la partie inférieure et postérieure montrait des traces de sangsues nouvellement appliquées ; les pieds étaient couverts de débris de sinapismes.

« L'ouverture du tronc ayant été faite, nous avons aperçu, à l'angle supérieur et postérieur du pariétal droit, une adhérence de la dure-mère à cet os ; cette membrane était injectée dans toute son étendue ; sa division opérée, l'arachnoïde et la pie mère se sont montrées d'une rougeur extraordinaire. Il en était ainsi du cerveau et du cervelet qui, coupés par tranches, ont laissé suinter des gouttelettes de sang dans toute leur épaisseur, surtout dans les lobes droits.

« Les poumons et le cœur étaient parfaitement sains.

« Le ventre était ballonné ; l'incision de ses parois a laissé couler un litre environ de sérosité jaunâtre. La surface péritonéale du foie, de l'estomac et des intestins, n'offrait rien de remarquable. Ces derniers organes ont été mis dans trois vases de terre cuite, qui ont été donnés à M. le juge d'instruction, qui les a scellés, afin qu'il soit procédé à l'analyse de leur parenchyme et des liquides qu'ils contenaient.

« Notre avis jusqu'à présent est que l'enfant A..., si l'on ne découvre une autre cause, est mort d'une inflammation du cerveau et de ses membranes. — Le 11 décembre 1848. »

(*Suivent les signatures.*)

Deuxième rapport. — « Nous soussignés, docteurs en médecine, nous sommes rendus, vers les neuf heures, ce matin, chez M..., pharmacien, chez lequel avaient été déposés les vases scellés, qui contenaient le foie, l'estomac et les intestins de l'enfant. L'ouverture de l'estomac nous a montré à son grand cul-de-sac

une plaque noire arborisée de 3 centimètres de diamètre ; les liquides qu'il contenait ont été recueillis dans un bocal de verre. Les lavages de cet organe avec l'eau distillée, dans un vase de faïence, ont été mis avec les mêmes liquides dans le même bocal ; la même opération a eu lieu pour les intestins ; ils ne présentaient rien de remarquable ; ils contenaient une douzaine de vers lombrics. Le foie n'a pas été touché. Nous avons remis dans les mêmes pots, qui avaient servi à les apporter, les viscères ainsi divisés, afin qu'ils soient soumis, ainsi que les liquides qu'ils contenaient, à l'analyse chimique. — Le 11 décembre 1848. »

(*Suivent les signatures.*)

Rapport des experts chimistes.

« Nous soussignés,

« Sur le réquisitoire de M. B..., juge d'instruction, en date du 10 de ce mois, et après avoir prêté serment entre les mains de ce magistrat,

« Nous sommes transportés le 11, à deux heures du soir, accompagnés de M. le commissaire de police délégué à cet effet, dans le laboratoire de l'un des experts, lequel laboratoire ferme à clef, où étant, nous ont été présentés trois pots en terre cuite non vernie et un bocal étiquetés : le premier, *Foie ;* le deuxième, *Intestins* ; le troisième, *Estomac du jeune A...*; et le bocal liquide et eau de lavage de l'estomac. Après avoir reconnu les cachets intacts, nous avons commencé nos opérations.

« *Première opération.* — A l'ouverture desdits pots, ces organes ont répandu une très-faible odeur. MM. les docteurs... qui ont fait l'autopsie du cadavre avaient examiné ces organes et avaient mis dans le bocal les liquides *et les eaux de lavages faits à l'eau distillée de l'estomac et des intestins.*

« *Les papiers réactifs, mis en contact avec ces liquides, n'ont déterminé aucune action acide ou alcaline.*

« Une partie de l'estomac, des intestins et du foie, a été coupée par petits morceaux, et, additionnée de 7 ou 8 grammes d'acide chlorhydrique, nous l'avons soumise à une ébullition, soutenue pendant plusieurs heures, dans un matras de verre, avec l'eau pure qui avait servi au lavage de ces organes, et qui avait été mise de côté par MM. les docteurs ; de temps en temps, on remplaçait l'eau qui s'évaporait par de nouvelle eau distillée.

« Nous avons ensuite passé la liqueur bouillante au travers d'un linge neuf. Après le refroidissement, cette liqueur était trouble, d'une couleur ambrée ; versée sur des filtres de papier

Joseph, lavés à l'acide chlorhydrique, elle a filtré lentement. Nous en avons réservé une partie sous le titre de liqueur A, obtenue par décoction ; nous l'avons mise sous notre scellé pour servir de pièce de conviction, n° 1.

« Dans une autre partie de cette liqueur A, nous avons dirigé un courant d'acide sulfhydrique soutenu pendant au moins huit heures ; cette liqueur s'est bientôt troublée, et a pris une couleur grise-cendrée. Après deux jours de réaction et de repos, la liqueur étant additionnée de quelques gouttes d'acide chlorhydrique, nous l'avons fait bouillir un instant, puis nous l'avons versée sur un filtre lavé pour recueillir le précipité qui s'y était formé. Ce précipité, d'un gris sale, a été étiqueté et mis de côté, ainsi que le reste de la liqueur A, pour être repris plus tard, attendu que nous avons cru devoir reporter d'abord toute notre attention sur le tissu organique même resté sur le linge, afin de recueillir d'autres lumières qui puissent nous guider dans nos investigations ultérieures.

« *Deuxième opération.* — En conséquence, nous avons enlevé le tissu organique, résultant, comme on se le rappelle, d'une portion de foie, de l'estomac et des intestins ; nous l'avons placé dans une marmite de fonte neuve, parfaitement décapée, et, après y avoir mêlé quelques grammes d'azotate de potasse, nous l'avons desséché sur un feu bien ménagé, jusqu'à ce que la matière fût sur le point de se charbonner ; nous l'avons mis ensuite dans une capsule de porcelaine neuve, où nous l'avons traité par de l'acide sulfurique concentré pur, pour en opérer plus promptement la décomposition. Lorsqu'elle a été réduite en un charbon sec et friable et qu'il ne se dégageait plus de vapeurs acides, nous l'avons réduite en poudre et l'avons fait bouillir avec quantité suffisante d'eau distillée.

« La liqueur filtrée était légèrement acide et incolore ; nous l'avons partagée en trois parties, dont une a été réservée pour d'autres épreuves ultérieures, et l'autre pour la justice. La troisième a été immédiatement introduite dans un appareil de Marsh que nous avions fait préalablement fonctionner à blanc, afin de nous assurer de la pureté des éléments qui le composent. Après quelques instants d'attente, nous avons obtenu sur plusieurs soucoupes de porcelaine n° 2 un grand nombre de taches d'un aspect d'un gris d'acier, miroitant, qui disparaissaient quand on les chauffait trop longtemps, en répandant une odeur alliacée très distincte. Ayant ainsi cherché à obtenir le plus de taches possible, nous avons remarqué que, sur la fin de l'opération, celles que nous obtenions s'écartaient peu à peu de l'aspect mé-

tallique de celles que nous avions obtenues d'abord ; elles étaient d'un brun-jaunâtre, terne, ensuite d'un jaune plus net, plus stables à la chaleur. (Capsule n° 2.)

« Essayées par l'eau régale, les premières disparaissaient sur-le-champ ; les autres, au contraire, résistaient à l'action de cet acide puissant et de l'ammoniaque employés tour à tour. De cette façon, nous avons pu séparer facilement toutes les parties solubles de celles qui ne l'étaient pas. La solution acide a été évaporée à siccité, puis le résidu repris par de l'eau distillée. Voici ci-après les phénomènes que nous y avons observés par les réactifs :

« 1° Par le sulfhydrate ammoniacal, précipité brun-jaunâtre dont la presque totalité est soluble dans l'ammoniaque ;

« 2° Par l'hydro-ferro-cyanure de potassium, coloration de la liqueur en bleu verdâtre *et léger précipité brun marron ;*

« 3° Par l'azotate d'argent, précipité d'un gris rosé soluble dans l'ammoniaque, insoluble dans les acides;

« 4° Par le sulfate de cuivre ammoniacal, précipité d'un vert tendre abondant.

« Ces résultats sont péremptoires ; ils témoignent hautement de la présence d'une substance arsenicale associée à quelques atomes de sel et de soufre dans la liqueur, provenant de la lixiviation du tissu organique carbonisé par l'acide sulfurique.

« Ce premier fait acquis, nous avons pensé qu'il était inutile de nous occuper de rechercher quelque autre toxique de nature organique.

« *Troisième opération.* — Désirant faire une contre-épreuve pour nous assurer si la marmite de fonte dans laquelle nous avions desséché les organes de la deuxième opération contenait quelque substance arsenicale, nous avons pris un foie de veau, et l'avons soumis exactement au même traitement, dans les mêmes vases et avec les mêmes agents que ceux qui ont été employés dans les opérations précédentes.

« Après la carbonisation du foie de veau mêlé avec de l'*azotate de potasse*, commencée et terminée comme dans l'expérience analogue, la liqueur incolore et légèrement acide introduite dans le même appareil de Marsh, dont nous avons renouvelé le zinc et que nous avons fait fonctionner à blanc pendant quelques minutes, n'a donné aucune tache d'un gris d'acier, miroitante; nous n'avons obtenu que quelques taches jaunâtres, ternes, insolubles dans l'eau régale et l'ammoniaque. (Capsule n° 3.) Une portion de cette liqueur, que nous avions réservée, a présenté les caractères ci-après :

« 1° Par le sulfhydrate d'ammoniaque, précipité en très-petite quantité, d'un brun foncé insoluble dans l'ammoniaque ;

« 2° Par l'hydro-ferro-cyanure de potassium, précipité d'un beau bleu ;

« 3° Par l'azotate d'argent, précipité d'un blanc mat ;

« 4° Par le sulfate de cuivre ammoniacal, la liqueur devient un peu louche sans précipité vert.

« Tous ces caractères, comme on le voit, diffèrent essentiellement de ceux qui appartiennent à la seconde opération, ils ne décèlent que la présence du fer et d'un peu de soufre provenant probablement de la marmite de fonte.

« Certains maintenant de l'exactitude de nos expériences, que l'arsenic que nous avons isolé ne pouvait provenir par conséquent que du tissu des organes, nous avons poursuivi nos recherches analytiques, afin de donner plus de valeur aux faits acquis par d'autres faits non moins importants.

Le précipité obtenu par l'acide sulfhydrique de la liqueur A (première opération) a été repris et traité par l'ammoniaque qu'il a entièrement dissous en prenant une belle couleur jaune d'or, laquelle provient sans doute de la substance animale non décomposée. Après l'évaporation de l'ammoniaque, le résidu a été traité par le flux-noir à la fin de nos opérations, comme on le verra,

« *Quatrième opération.* — Enfin, comme corollaire des résultats que nous venons de développer, nous avons entrepris une quatrième opération sur une nouvelle portion des organes de cet enfant. Nous en avons immédiatement opéré la décomposition et la carbonisation par l'acide sulfurique concentré, en ayant soin, toutefois, de ne nous servir d'aucune espèce d'ustensiles de métal quelconque. Nous avons obtenu par l'appareil de Marsh, dont chaque pièce avait été renouvelée et que nous avions fait fonctionner longtemps à blanc, les mêmes résultats affirmatifs. Nous mettrons sous les yeux de la justice une soucoupe garnie de taches arsenicales qui en proviennent, ainsi qu'un tube de verre où se trouve l'arsenic réduit de prime abord pendant le travail de l'appareil. Nous devons aussi réserver intacte une portion de la liqueur de cette dernière opération. Ces trois objets sont cachetés et étiquetés sous le n° 4.

« *Dernière opération.* — Pour résumer en quelque sorte toutes nos opérations en une seule, nous avons réuni toutes les liqueurs dont nous pouvions disposer, et nous les avons fait évaporer. Nous y avons ajouté tous les résidus et les dépôts que nous avions. Après avoir traité le tout par l'acide sulfurique

concentré, puis par l'eau distillée, nous avons versé la liqueur par petites portions et de temps en temps, dans un appareil de Marsh dont nous avions chauffé convenablement le tube à réaction à l'aide d'une bonne lampe à esprit-de-vin. Nous avons obtenu une plus grande quantité d'arsenic métallique que nous n'aurions pu le faire en opérant sur chaque chose séparément. Nous les joindrons aux autres pièces de conviction sous notre scellé et étiqueté pour désigner son origine, ainsi qu'une portion de la liqueur et une soucoupe sous le n° 5, plus un autre tube contenant de l'acide arsénieux obtenu pendant la combustion de l'hydrogène arsénié, également n° 5 ; encore un autre tube contenant de l'arsenic métallique obtenu par le flux noir, n° 6.

« Il résulte de tout ce qui précède, que nous avons constaté la présence de l'arsenic :

« 1° A l'état de combinaison avec la substance organique même des viscères du jeune A. ;

« 2° A l'état de sel ou d'acide arsénienx mêlé ou dissous dans les matières que l'estomac et les intestins contenaient au moment de l'autopsie du cadavre ;

« 3° Que cet arsenic ne pouvait provenir de nos ustensiles de fonte, de porcelaine ou de verre, ni des agents chimiques dont nous avons fait usage.

« Par ces motifs :

« Nous concluons qu'il y a eu ingestion d'une substance arsenicale dans l'économie du jeune A...

« Fait et clos le 30 décembre 1847. »

Inventaire des pièces déposées entre les mains de M. le juge d'instruction, résultant de l'analyse ci-dessus.

« 1° Un flacon bouché à l'émeril contenant la liqueur A, n° 1.

« 2° Deux soucoupes portant le n° 2, dont l'une représente des taches d'arsenic métallique obtenues de la liqueur, deuxième opération, et l'autre des taches non solubles dans l'eau régale.

« 3° Une capsule représentant des taches formées par la liqueur du foie de veau portant le n° 3.

« 4° Un flacon bouché à l'émeril contenant la liqueur provenant de la liqueur de la quatrième opération, portant le n° 4.

5° Un tube contenant de l'arsenic métallique, provenant de la liqueur de la quatrième opération, portant le n° 4.

« 6° Une soucoupe contenant des taches d'arsenic métallique obtenues de la réunion de tous les dépôts et liqueurs (dernière opération) portant le n° 5.

« 7° Un tube étiqueté : *Acide arsénieux* obtenu de la com-

bustion de l'arsenic métallique provenant des viscères, portant le n° 5.

« 8° Un autre tube étiqueté : *Arsenic métallique* réduit par le flux noir, portant le n° 5.

« Nous avons fait la remise à M. le procureur du roi d'une partie réservée intacte du foie, de l'estomac et des intestins. Ces trois objets avaient été renfermés avec de l'alcool dans des bocaux mastiqués, scellés et étiquetés, dont le procès-verbal a été dressé par M. le commissaissaire de police. »

(Suivent les signatures).

Nous ne savons par quelles circonstances le rapport précédent n'a pas été reconnu comme étant suffisant; mais dans les premiers jours de décembre, nous reçûmes l'invitation d'examiner les portions d'organes du jeune A..., qui avaient été mises à part et adressées à M. le procureur du roi à Paris.

C'est par suite des expériences faites que nous rédigeâmes le procès-verbal suivant :

Suspicion d'empoisonnement.

« Nous soussignés, Jean Baptiste Chevallier, professeur à l'École de pharmacie de Paris, Jean Louis Lassaigne, professeur de chimie à l'École vétérinaire d'Alfort, et Octave Lesueur, professeur agrégé et chef des travaux chimiques de la Faculté de médecine de Paris; vu la Commission rogatoire de M. le juge d'instruction, en date du 7 janvier 1848; vu l'ordonnance de M. Desnoyers, juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, en date dudit mois, qui nous commet . . . à l'effet de procéder à l'examen d'une portion des viscères et organes extraits du corps du jeune A. . . , nous nous sommes rendus le même jour dans le cabinet de ce magistrat, où nous avons prêté entre ses mains le serment de remplir en notre honneur et conscience la mission qu'il voulait bien nous confier. Cette formalité accomplie, remise nous a été faite : 1° de la Commission rogatoire de M. le juge d'instruction; 2° du rapport d'autopsie; 3° du rapport des experts chimistes; 4° d'une lettre particulière de M. le procureur du roi, adressée à M. le procureur du roi de Paris en date du 8 janvier 1848, dans laquelle il est expressément recommandé aux experts *de conserver intacte une partie des matières soumises à leur examen.*

« En outre, il nous a été délivré une boîte en bois de sapin de $0^m,45$ de hauteur, sur $0^m,14$ de largeur, ficelée et cachetée du sceau de M. le procureur du roi, portant pour suscription :

« *Dessus. — Tribunal*, etc. *Pièces de conviction dans l'affaire*

des époux A... inculpés d'empoisonnement, envoyées par M. le procureur du roi, à M. le procureur du roi de Paris (trois bocaux en verre. — Dessus, fragile.

« Cette boîte a été transportée par nous au laboratoire de la Faculté de médecine de Paris, où nous nous sommes réunis le 15 janvier et jours suivants, pour procéder à nos opérations.

« Après avoir constaté l'intégrité des scellés, la boîte a été ouverte. Nous avons trouvé, au milieu du foin et de la paille employés pour l'emballage, trois bocaux en verre d'inégale capacité, étiquetés, le *plus petit* n° 1, le *moyen* n° 3, et le *plus grand* n° 2.

« Bocal n° 1. — Ce bocal est fermé par un bouchon de liége mastiqué avec de la cire rouge et recouvert d'une bande de gallon rouge en fil, scellée vers ses extrémités appliquées sur le bocal, d'un côté par le cachet de M. B..., pharmacien, et de l'autre, par le cachet de M. C..., pharmacien. Sur la partie de ce gallon correspondante au milieu du bouchon, se trouve le cachet de M. le procureur du roi.

« Une étiquette en papier blanc collée sur ce flacon porte la suscription suivante :

« *Portion de l'estomac du jeune A., 22 décembre 1847, et ont signé MM. B. et C. et le commissaire de police.*

« Bocal n° 2. — Ce bocal est également fermé et scellé comme le précédent ; il porte pour suscription :

« *Portion du foie du jeune A., 22 décembre 1847, signés C. et B. et le commissaire de police.*

« Bocal n° 3. — Même fermeture, mêmes cachets et scellés que les nos 1 et 2, suscription ainsi conçue :

« *Portion des intestins du jeune A., 22 décembre 1847, signés B. et C. et le commissaire de police.*

« Avant de procéder à l'analyse des organes qui nous ont été remis, nous avons cru devoir nous assurer de la pureté de nos réactifs.

Essai du zinc et de l'acide sulfurique. — « 1° 250 gramm. de zinc, qui devait servir à nos recherches, ont été mis en contact avec de l'eau distillée et de l'acide sulfurique pur dans un appareil de Marsh ; le gaz hydrogène, qui s'est dégagé jusqu'à ce que tout le zinc ait disparu, a passé à travers un tube à réduction chauffé au rouge, et n'a laissé déposer aucune trace d'arsenic ou d'antimoine dans ce tube.

Essai général des réactifs. — « 2° 200 gramm. de foie de veau ont été carbonisés à l'aide de 68 gramm. d'acide sulfurique qui a servi à toutes nos expériences. Le charbon obtenu a été traité

par de l'eau régale préparée avec l'acide nitrique et l'acide chlorhydrique (hydrochlorique), qui devaient être employés par nous dans notre analyse. Ce charbon, traité par l'eau bouillante pendant une heure et demie, n'a abandonné à ce liquide aucune trace d'arsenic ou d'antimoine, de cuivre ou de plomb.

Examen du bocal n° 1. — « Ce bocal, comme l'indique l'étiquette, renferme une portion de l'estomac du jeune A., et un liquide alcoolique. (La quantité d'estomac conservée dans l'alcool était si faible, que nous avons cru devoir opérer sur la totalité de celle-ci.)

Examen du liquide alcoolique A. — « Ce liquide, légèrement trouble, a été filtré et n'a laissé sur le filtre B qu'un dépôt excessivement faible. Après la filtration, le liquide alcoolique A, légèrement acidulé par l'acide chlorhydrique, a été saturé par un courant de gaz acide sulfhydrique, sans laisser déposer de précipité. Ainsi saturé et abandonné à lui-même dans une éprouvette à pied bien bouchée, il n'a laissé déposer aucun précipité au bout de quarante-huit heures.

Examen de la portion de l'estomac contenue dans le bocal n° 1. — « Cette portion a été divisée en petits morceaux et soumise pendant une heure et demie à l'action de l'eau distillée bouillante, acidulée par un peu d'acide acétique. Après avoir laissé refroidir ce décoctum, on a filtré et on a obtenu un liquide D et un solide E resté sur le filtre F.

Examen du liquide D. — « Ce liquide, après avoir été acidulé à l'aide de l'acide chlorhydrique, a été soumis jusqu'à saturation à l'action d'un courant de gaz hydrogène sulfuré (acide sulfhydrique). Au bout de quarante-huit heures, il n'a laissé déposer qu'un léger dépôt blanchâtre.

Les liquides A et D, ainsi saturés d'acide sulfhydrique, ont été réunis et placés dans une capsule en porcelaine de Sèvres, avec le filtre B, le solide E, et le filtre F. Ces matières ont été soumises à une évaporation régulière au bain-marie, jusqu'en consistance épaisse. Le produit de cette évaporation a été carbonisé par l'acide sulfurique. Le charbon obtenu a été humecté par de l'eau régale et soumis à une température peu élevée jusqu'à cessation de dégagement d'acide. Ce charbon, ainsi traité par l'eau régale, a été mis en contact dans une capsule de porcelaine avec de l'eau distillée bouillante pendant une heure, puis on a filtré; le liquide filtré avait une teinte légèrement ambrée. Ce liquide, placé dans un appareil de Marsh, préalablement essayé à blanc, et le gaz hydrogène qui s'est dégagé, ayant été

enflammé, a donné une flamme qui, reçue sur une capsule de porcelaine, n'a donné *aucune tache*.

Examen du bocal n° 3 — La portion des intestins à nous livrée est conservée dans de l'alcool, comme la portion de l'estomac.

1° Examen d'une partie du liquide alcoolique.

2° Examen d'une partie des intestins.

Nous avons opéré sur une partie du liquide alcoolique et sur une partie des intestins, comme nous l'avons fait pour la portion d'estomac ; seulement nous avons cru devoir faire passer le gaz hydrogène qui s'est dégagé de l'appareil de Marsh à travers un tube de verre chauffé au rouge ; il s'est formé dans ce tube, à une petite distance de la partie chauffée, un anneau d'un blanc jaunâtre à peine visible. Cet anneau, soumis à l'action de la vapeur de chlore, n'a pas disparu, et n'a présenté aucun des caractères propres à faire connaître de l'arsenic ou de l'antimoine.

Examen d'une portion du foie du jeune A... contenu dans le bocal n° 2, et examen du liquide alcoolique G dans lequel il plongeait.

Examen du liquide alcoolique G. — Ce liquide est à peine trouble et d'une couleur jaune fauve ; acidulé par l'acide chlorhydrique et soumis à l'action d'un courant d'acide sulfhydrique pendant une heure et demie, il a laissé déposer une grande quantité de flocons d'un beau jaune doré. Une partie de ces flocons traités par l'ammoniaque s'est dissoute et la dissolution ammoniacale a pris la couleur du liquide qui les avait fournis (couleur jaune fauve.)

Une autre partie chauffée avec de l'acide chlorhydrique s'est dissoute également, est devenue verte et a laissé déposer par le réfroidissement des flocons verts, évidemment dus à la matière verte de la bile.

La plus grande partie de ces flocons et le liquide, au milieu duquel ils avaient été formés, ont été placés dans une capsule de porcelaine de Sèvres, et le tout a été évaporé jusqu'à siccité à l'aide d'une douce chaleur. Le produit obtenu par cette opération a été traité d'abord par l'acide nitrique que l'on a fait réagir à une douce température et on a évaporé jusqu'à siccité : le produit desséché a été traité par l'eau régale, et évaporé de nouveau à siccité. Le résidu évaporé traité par l'eau distillée bouillante a fourni une liqueur légèrement colorée en jaune fauve, qui a été essayée soit avec l'appareil de Marsh simple, soit avec le même appareil additionné d'un tube à réduction qui a été chauffé au rouge pendant tout le temps de l'opération. Ces expériences n'ont pu déceler aucune trace d'arsenic ou d'antimoine.

Examen d'une partie de la portion du foie à nous livrée. —

100 grammes du foie ont été coupés par petits morceaux et soumis à l'action de l'acide sulfurique pur jusqu'à carbonisation dans une capsule de porcelaine de Sèvres. Le charbon obtenu a été humecté à l'aide de l'eau régale, puis on a chauffé à une douce chaleur en agitant constamment jusqu'à dessiccation. Ce charbon ainsi traité a été mis en contact avec de l'eau distillée bouillante pendant un temps assez long pour que les matières solubles se trouvassent dans le liquide.

Ce liquide, introduit dans l'appareil de Marsh, ne nous a pas fourni de taches arsenicales ou antimoniales, et le gaz hydrogène qui s'est détaché de cet appareil, soumis à une chaleur rouge dans un tube à réduction, n'a donné aucune trace de ces métaux.

Les charbons, provenant de la portion des intestins et de la portion du foie sur lequel nous avons opéré, ont été incinérés au contact de l'air dans un têt à rôtir. Après dix heures d'un feu soutenu, il est resté une petite quantité d'une cendre d'un gris noirâtre qui a été traitée à chaud par l'acide azotique pur. La dissolution étendue d'eau et filtrée a été mêlée à un solutum concentré d'acide sulfhydrique, avec la dissolution azotique des cendres du foie; il y a eu un trouble brunâtre qui s'est rassemblé en légers flocons de la même couleur au bout de douze heures. Ce précipité, recueilli et dissous dans une petite quantité d'acide azotique faible, a pris, avec l'ammoniaque liquide, une teinte bleuâtre excessivement faible. Cette solution ammoniacale, saturée ensuite par l'acide acétique pur, a pris une légère coloration rougeâtre par une goutte d'une dissolution de cyanure de fer et de potassium, phénomènes qui dénotent la présence de très-légères traces de cuivre dans cet organe.

La dissolution des cendres des intestins, soumise à l'action de l'acide sulfhydrique, a légèrement noirci en abandonnant au bout de douze heures un précipité de la même couleur *excessivement* faible, et que son examen nous a fait reconnaître pour être du sulfure de plomb.

De tout ce qui précède nous concluons :

1° Que dans les portions d'organes, estomac, intestins et foie extraites du corps de Jean A..., il n'y avait pas traces d'arsenic ou d'antimoine ;

2° Que les petites quantités de cuivre et de plomb, qu'on a trouvées après l'incinération des charbons du foie et des intestins, ne peuvent être considérées comme étant le résultat d'un empoisonnement déterminé par une préparation de l'un ou l'autre de

ces métaux, mais comme existant à l'état dit *normal* dans les tissus par nous examinés.

Nous joignons au présent rapport les portions d'organes et des liquides *sur lesquels nous n'avons pas dû opérer*, et que nous déposons entre les mains de M. Desnoyers, juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine.

Paris, le 10 février 1848.

La différence des conclusions de notre rapport avec celle du rapport des premiers experts mit M. le juge d'instruction dans la nécessité de nous poser quelques questions, auxquelles nous répondîmes dans le rapport qui va suivre.

Rapport sur les questions posées par M. Desnoyers.

« Les experts soussignés, après discussion sur les questions posées par M. Desnoyers, juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, croient devoir établir ainsi leurs réponses :

» *Sur la première question :*

» Eu égard au volume des portions d'organes que nous avons analysées et à celui des portions qui sont restées intactes, nous pensons que les premiers experts ont pu opérer sur les trois quarts du foie, les trois quarts de l'estomac, et sur la moitié des intestins extraits de l'abdomen du jeune A...

» *Sur la deuxième question :*

» Les experts chimistes, sans que nous puissions en deviner ni le motif, ni le but, ayant cru devoir faire les opérations qui les ont conduits à la découverte de l'arsenic, sur le mélange d'une partie de l'estomac, avec une partie du foie et une partie des intestins, il nous est impossible de dire si ce poison existait dans toutes ces parties d'organes, dans l'une seulement de ces parties, ou dans les liquides que contenaient l'estomac et l'intestin, ainsi que dans l'eau ayant servi à leur lavage ; toutefois, il nous est permis de répondre, vu ces quantités assez grandes d'arsenic, que leur rapport semble indiquer dans les portions d'organes qu'ils ont examinées, que nous aurions dû en retrouver dans l'une ou l'autre des portions moins considérables d'organes, analysées en second lieu par nous, surtout dans le foie, si la mort du jeune A... avait été le résultat de l'ingestion de l'arsenic dans les organes digestifs, et la conséquence de l'absorption de ce toxique.

» *Sur la troisième question :*

» L'analyse n'ayant pu nous faire reconnaître l'arsenic dans les portions d'organes sur lesquelles nous avons opéré, nous

pensons que le même résultat serait obtenu en opérant sur les portions intactes qui sont renvoyées à M. le procureur du roi comme pièces à conviction.

» *Sur la quatrième question :*

» Nous ne pourrions former que des conjectures sur la démonstration qui parait avoir été faite, par les premiers experts, de l'arsenic dans les organes du jeune A...; car on ne saurait expliquer rationnellement comment, si ce poison eût existé dans ces matières, sa présence n'aurait pas été signalée par les moyens que nous avons mis en usage dans nos expériences, et en employant des réactifs, sur la pureté desquels nous ne pouvons élever aucun doute.

» Fait le 11 février 1848.

» *Signé :* CHEVALLIER, LASSAIGNE, LESUEUR. »

On conçoit que des rapports si contradictoires devaient donner lieu à de nouvelles investigations de la part de la justice; les produits arsenicaux, déposés par les premiers experts, furent envoyés à B..., et il fut bien constaté que les produits étaient de nature arsenicale.

Il fallut alors, pour savoir si ces produits arsenicaux venaient du cadavre de l'enfant A..., opérer sur les portions de viscères qui avaient été expédiées à Paris, puis retournées, après qu'on en avait prélevé une portion, qui servit à faire le rapport qui se trouve à la page 182 Ces essais, faits en présence de l'un des experts de Paris, M. Lesueur, démontrent que ces portions de viscères ne contenaient point d'arsenic. On alla plus loin, on exhuma les restes de l'enfant, et on opéra sur les matières détachées du cadavre : on ne trouva dans ces restes aucune trace d'arsenic.

On crut que les *couvertes* des pots, dans lesquels les viscères avaient été déposés, puis désinfectés à l'aide des chlorures, avaient pu fournir le métal toxique; on fit des essais, mais on n'obtint pas la moindre trace.

Les experts, qui faisaient la troisième opération, durent en conclure qu'il n'y avait pas eu d'empoisonnement, et que l'arsenic, trouvé par les premiers experts, devait être le résultat d'un accident de laboratoire.

XII. GÉNÉRALITÉS.

20. *De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules ;* par A. Legrand, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

(Suite : *voir* t. II, février 1848, p. 165 ; t. IV, avril, p. 187 ; t. VIII, août, p. 190 ; t. IX, septembre, p. 200 ; t. X, octobre, p. 184 ; t. XI, novembre, p. 200 ; t. XII, décembre, p. 209 ; t. I, janvier 1849, p. 219 ; t. II, février, p. 210 ; t. III, mars, p. 211 ; t. V, mai, p. 174.)

(Revue médicale, septembre et octobre 1848.)

Tubercules pulmonaires à l'état latent ; variole intercurente ; marche foudroyante de la tuberculisation ; formation d'abcès articulaires lymphatiques.

Obs. LXV. — Le nommé P.... (Gabriel), né à l'île Bourbon, fut admis, le 15 décembre 1846, dans le service de M. Ricord, et il occupa le n° 3 de la salle n° 4. Dans les derniers jours de ce même mois, prodromes de la variole, dont l'éruption commença le 3 janvier; le 7, tous les boutons étaient en pleine suppuration. Mais cette période n'eut pas sa durée habituelle, et dès le 8, le malade était entré dans la période de dessication ; aussi dès ce moment se développa une série de symptômes dépendant sans doute de la répercussion du virus variolique sur les poumons, et nous offrant, en même temps que le curieux exemple d'une phthisie pulmonaire sur-aiguë, la preuve palpable de l'influence que la variole peut exercer sur la marche d'une affection tuberculeuse.

Au moment de l'invasion, on n'observa aucun symptôme du côté des poumons, et P..., depuis six ans, n'avait jamais été malade ; en 1840, il avait eu la fièvre typhoïde. Le 9 juin donc, alors que la dessication des pustules était presque complète, on observa quelques râles sibilants à la partie antérieure du poumon droit. En même temps l'aine droite devint le siége d'une tumeur chaude, fluctuante, très-molle, sans empâtement. Cette tumeur fut ouverte le 10 à l'aide du trois-quart, et il en sortit un liquide semblable à de la sérosité sanguinolente. — Le 11, malgré une potion avec le tartre stibié, la maladie a continué de faire des progrès du côté des poumons. En effet, on constate une légère matité sur le côté droit et antérieur du thorax et vers le sommet ; il y a en outre de la toux sans expectoration. On reconnaît l'existence de râles muqueux crépitants et sous-crépitants, mêlés à du râle sibilant. Ces râles ne sont pas disséminés sur toute la surface du poumon, mais ils s'entendent par places. On croit entendre aussi un léger frôlement pleurétique. Le poumon gauche n'offre rien d'anormal. — Le 12, la maladie a fait de nouveaux progrès : ainsi la toux s'accompagne de l'expectoration peu abon-

dante de crachats verdâtres ; il y a de la dyspnée sans douleur dans la poitrine. Les râles sont plus gros, et on entend du souffle avec une espèce de gargouillement ; autour des gros râles, on distingue quelques bulles de râles sous-crépitants. Le 11, l'articulation tibio-tarsienne était devenue douloureuse et chaude, mais sans changement de forme ni de couleur. Le 13, c'est autour de l'articulation du poignet droit, dont le côté interne offre une légère tuméfaction avec rougeur, douleur et chaleur. Les bourses sont aussi devenues le siége d'une espèce de travail inflammatoire. Enfin les 14 et 15, la maladie continue de faire des progrès et présente en dernier lieu l'ensemble des symptômes de fièvre typhoïde les plus graves. La mort arriva enfin le 16.

L'autopsie eut lieu le 18 janvier, et nous en donnerons le résultat, tel qu'il se trouve dans le journal qui nous a fourni cette observation.

« *Thorax. — Poumon droit.* — Adhérence de deux feuillets « de la plèvre ; ces adhérences, anciennes au sommet, sont ré- « centes vers les deux tiers inférieurs des poumons, et elles sont « plus prononcées en avant qu'en arrière. *La moitié supérieure « du poumon est creusée de deux vastes cavernes tuberculeuses en- « tourées d'un tissu dur et enflammé, dans lequel on trouve des « signes d'infiltration grise tuberculeuse. Une de ces cavernes est « cristallisée et recouverte d'une membrane organisée.* La moitié « inférieure du poumon présente le premier degré de la pneu- « monie. Il est difficile de trouver dans ce poumon des traces « d'abcès métastiques ; on voit cependant sur quelques points, « *mais tout près du siége des tubercules*, de petites cavités de la « grosseur d'un très-petit pois et remplies d'un pus crémeux et « différent du liquide qui résulte de la fonte des tubercules. — « *Poumon gauche.* Aucune altération dans la plèvre ; granulations « tuberculeuses au sommet du poumon, *aucune trace d'inflam- « mation.* — Sérosité limpide dans le péricarde ; coloration puru- « lente très-peu abondante dans l'articulation tibio-tarsienne « droite, ainsi que dans la gaîne du cubital postérieur gauche. « Une incision, pratiquée de chaque côté sur les enveloppes du « testicule et pénétrant jusque dans la tunique vaginale, donne « issue à du pus très épais, très-verdâtre ; après la sortie de ce « pus, on apercevait sur la face interne des deux séreuses une « concrétion pseudo-membraneuse d'une demi-ligne d'épaisseur « et pouvant s'enlever par lambeaux assez larges ; la tunique va- « ginale n'est pas épaissie ; on voit seulement en dehors une « grande quantité de vaisseaux de nouvelle formation. Les tes- « ticules et l'épididyme ne présentent pas la moindre trace d'in-

« flammation. *La tumeur de l'aine droite est formée par un gan-*
« *glion infiltré de pus.* Les intestins sont parfaitement sains. »

Ainsi au début de la maladie, aucun symptôme du côté des poumons qui paraissent sains, mais développement de ces mêmes symptômes dès les premiers moments de la dessication des pustules. Et cependant ce n'est pas la répercussion qui a déterminé la formation des tubercules, dont la présence dans les poumons remontait à une époque bien antérieure, ainsi qu'on a pu l'augurer de la présence d'une caverne cicatrisée ; mais nous pouvons dire : « *Lorsqu'il existe des tubercules dans les poumons, la variole* « *les fait souvent marcher avec rapidité.* »

Le fait suivant, quoique moins significatif, viendra cependant à l'appui de l'observation précédente. Nous avons constaté, le 23 décembre 1847, le décès d'un enfant, qui est mort à l'âge de trois mois, offrant tous les symptômes de la tuberculisation pulmonaire. Les premiers symptômes s'en étaient manifestés dans la dernière période de la variole qui s'était déclarée, l'enfant n'ayant point été vacciné, six semaines après la naissance.

Ces pyrexies réagissent-elles donc de la même façon sur les affections scrofuleuses? Pour notre compte nous n'en croyons rien, du moins si on veut prétendre que c'est d'une manière fâcheuse, car nous sommes presque disposé à croire le contraire. Quoi qu'il en soit, nous rapporterons la fin du Mémoire de M. Rilliet, qui conclut par une observation favorable à notre opinion, en faisant observer qu'il commence par faire une confusion que notre travail a pour but de prévenir.

« Selle admet une grande affinité entre l'humeur de la rou-
« geole et les scrofules. Bien que Franck et d'autres auteurs
« aient contesté cette doctrine, il est hors de doute que l'exan-
« thème morbilleux détermine quelquefois l'apparition de gan-
« glites tuberculeuses ou aggrave ces affections chez les sujets
« qui en sont déjà atteints. Nous avons vu cette année, chez
« quelques enfants, des ganglions cervicaux acquérir un volume
« assez considérable après la rougeole, et rester ainsi volumi-
« neux et indurés, comme ils sont chez les scrofuleux. Nous
« avons vu aussi, *chez un enfant né de parents phthisiques*, une tu-
« méfaction du coude dégénérer après l'éruption en une vérita-
« ble tumeur blanche avec abcès fistuleux, en même temps que
« les ganglions cervicaux s'hypertrophiaient. Ajoutons cepen-
« dant que, dans un autre cas de tumeur blanche de l'articula-
« tion coxo-fémorale, la fièvre éruptive non-seulement n'a pas
« accru la phlegmasie, mais qu'elle l'a même avantageusement mo-
« difiée. »

« Voici le fait tel que nous l'a communiqué le docteur Strœllin :

Tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale. — Rougeole intercurrente. — Amélioration de la coxalgie.

Obs. LXVI. — « Un enfant de 6 ans était atteint d'une « coxalgie de la hanche droite, qui durait depuis trois mois. « L'articulation était tuméfiée ; il s'était formé un abcès et une « fistule qui fournissaient une assez grande quantité de pus ; « mais la tête de l'os n'était pas sortie de la cavité cotyloïde. « Sous l'influence de la rougeole, le gonflement a diminué, « ainsi que la douleur ; l'orifice fistuleux s'est cicatrisé, et, « quinze jours après la disparition de l'exanthème, l'enfant com- « mençait à marcher le long des chaises, tandis qu'auparavant « il était maintenu au lit et dans l'impossibilité de se mouvoir. »

Nous ne savons rien de bien précis sur l'influence de la variole sur la marche et l'issue du scrofule ; nous rappellerons cependant que M. Lugol (*Recherches sur les causes des maladies scrofuleuses*) a écrit que souvent les scrofules paraissent pour la première fois à l'occasion de la variole, et que, si elles existent déjà, elles acquièrent beaucoup plus d'intensité à la suite de cette maladie.

Nous devons aussi dire un mot de l'influence que peut exercer la vaccine sur le développement des maladies tuberculeuses et scrofuleuses. Quant aux premières, elle est évidemment nulle. Le doute n'est pas permis à ce sujet, quand on songe à l'immense quantité d'enfants qu'on vaccine et le grand nombre d'enfants tuberculeux qui se trouvent compris parmi eux. La conséquence forcée de cette condition est que, si la vaccine exerçait quelque influence sur le développement des tubercules, on aurait souvent l'occasion d'observer leur développement dans le moment de l'évolution du *cow-pox*, ou du moins dans les quelques jours ou les quelques mois qui suivent son application ; or il n'en est rien. Nous mentionnerons cependant l'opinion d'un médecin belge, M. le docteur Waldack, qui professe une opinion contraire, et qui est celle, il faut bien le dire, des classes peu éclairées de la Société. « Par les vaccinations et les revaccinations (dit l'auteur « que nous venons de nommer et qui se fait ainsi l'interprète du « préjugé populaire), on altère le sang, on empêche une dépu- « ration naturelle, et dans une postérité on amène un état final, « qui constitue la disposition strumeuse. Depuis la vaccine, la « scrofule et la phthisie se sont montrées dans des familles qui « en avaient toujours été exemptes. D'un autre côté, on a vu la

« variole améliorer la constitution maladive d'enfants nés de « parents scrofuleux. » M. le docteur Audry, qui a fait connaître les opinions au moins singulières du médecin belge à la *Société de médecine de Paris* (séance du 7 janvier 1848), dit avec raison *qu'il ne croit pas devoir s'arrêter à combattre cette hérésie médicale.* Notre confrère de Paris a parfaitement raison, et nous l'imiterons. Nous devons dire toutefois que nous avons vu plus d'une fois les maladies scrofuleuses, *pures de toute tuberculisation*, s'améliorer après la vaccine. Cette observation avait été faite, et avant nous, et par plus d'un praticien. Nous nous rappelons l'avoir lue dans plusieurs écrits, dont les titres ne sont plus présents à notre mémoire.

Nous allons faire voir maintenant que la grossesse exerce sur la tuberculisation une action non moins fâcheuse et plus constante que celle exercée par les fièvres éruptives.

De l'influence de la grossesse sur la marche de la tuberculisation pulmonaire. — C'est une opinion encore généralement accréditée que la *femme grosse* échappe, depuis l'instant de la conception jusqu'à l'époque de l'accouchement, à presque toutes les influences morbides qui l'entourent. On a écrit, on a enseigné partout que l'état de grossesse prévenait le développement de certaines maladies, ou bien enrayait leur marche; et parmi les maladies heureusement influencées par cette condition, on a peut-être encore plus spécialement désigné la phthisie pulmonaire. Ainsi Moriceau, Desormeaux, M. le docteur Dugès, et bien d'autres dont les noms ne nous reviennent pas, ont professé, ont écrit que la grossesse avait le pouvoir d'enrayer la marche de la phthisie pulmonaire et d'en suspendre le développement. C'est là une erreur capitale, qu'on ne peut s'expliquer de la part des deux premiers que par cette circonstance de l'insuffisance des moyens d'investigation pour les maladies de poitrine, à l'époque où ils écrivaient. Mais aujourd'hui que le diagnostic de ces mêmes maladies a acquis un degré de perfection qui a vraiment quelque chose d'effrayant, on doit être entièrement revenu de l'opinion que nous émettions il n'y a qu'un instant, pour avoir l'occasion de la combattre, comme étant absolument erronnée, comme étant contraire à l'observation rigoureuse des faits. Nous allons en citer plusieurs qui démontreront sans doute que cette influence de la grossesse existe, mais qu'elle existe en sens inverse de celle qu'on lui a supposée jusque dans ces derniers temps.

Tubercules pulmonaires développés pendant le cours de la grossesse; marche rapide de l'affection après la délivrance.

Obs. LXVII. — « Au n° 18, salle Sainte-Anne, entra une « femme de 21 ans, accouchée à terme depuis deux mois. Les « règles n'avaient point reparu. Il y a cinq mois, le sixième mois « par conséquent de sa grossesse, elle fut prise d'une toux sèche « et d'oppression qui durèrent pendant toute la dernière période « de la grossesse, et persistèrent après son accouchement. Elle « avait auparavant joui d'une très-bonne santé. Quinze jours « après sa délivrance, elle fut prise de fièvre, de sueurs noc- « turnes avec surdité. C'est à ce moment qu'elle entra à l'hô- « pital. Elle présentait alors une faiblesse très grande, fréquence « du pouls, dyspnée (32 inspirations), sueurs nocturnes abon- « dantes, toux fréquente ; à ces symptômes se joignaient de la « stupeur, des bourdonnements d'oreille avec surdité incom- « plète, troubles et affaiblissement de la vue, phénomènes qui « inspirent un instant l'idée de la fièvre typhoïde ; mais en exa- « minant la malade avec soin, on ne tarda pas à être dissuadé « de cette idée. On reconnut en effet, dans le côté droit de la « poitrine, un râle sibilant et crépitant dans la presque totalité « du poumon, et sous la clavicule du même côté un souffle ca- « verneux caractéristique, signes incontestables de phthisie. Les « principaux signes pathognomoniques de la fièvre typhoïde « manquaient d'ailleurs; il n'y avait eu ni épistaxis, ni taches, « ni sensibilité du ventre, etc. Il ne pouvait plus subsister au- « cun doute à cet égard.

« Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, il se mani- « festa de la diarrhée, dix à douze selles par jour ; la fièvre « augmenta, ainsi que la toux et la dyspnée; les sueurs devin- « rent colliquatives ; le délire qui s'était manifesté dès le début « de la fièvre devint de plus en plus intense. Enfin, en auscul- « tant tous les jours la malade, on constata que l'excavation fai- « sait de jour en jour des progrès rapides. »

Très-probablement, très-sûrement même, l'autopsie sera venue plus tard confirmer le diagnostic porté par le chef de service. Nous regrettons qu'on ne l'ait point attendue pour publier ce fait ; mais il vient trop bien à l'appui de ce que nous avons vu et observé personnellement pour que nous ayons négligé de l'enregistrer ici, comme ayant à nos yeux une grande valeur, manière de voir qui sera sans doute partagée par nos lecteurs.

Dans le même temps où l'observation qui précède était publiée, M. le docteur Louis avait à l'Hôtel-Dieu une femme de

39 ans, couchée au n° 2 de la salle Saint Landry, et qui, seize mois après ses couches, présentait les caractères et les signes stéthoscopiques les plus manifestes d'une phthisie tuberculeuse avancée, qui remontait évidemment vers les premiers mois de sa grossesse.

Chez une autre malade couchée dans la même salle, les symptômes initiaux ont pu être constatés et suivis pas à pas et « parallèlement avec les signes stéthoscopiques. Or le début de « la phthisie coïncidait ici avec le début de la grossesse, et la « maladie ne cessa de faire des progrès pendant le cours de la « gestation. Enfin une malade, actuellement (décembre 1846) « couchée dans la salle de M. Rayer, à la Charité, offre un sem- « blable exemple d'une phthisie dont les premiers symptômes « se sont manifestés vers le premier début de la grossesse et qui « marche avec une grande rapidité. » Qui s'étonnera, après de semblables faits, que M. le docteur Louis, qui en a déjà observé un grand nombre de semblables, que M. le docteur Rayer, qui est dans le même cas, soient tous deux portés à croire qu'il y a eu erreur, ou au moins confusion, de la part de ceux qui ont considéré la grossesse comme constituant une sorte d'immunité, par rapport à la tuberculisation pulmonaire.

Nous trouvons dans un autre journal les lignes suivantes, qui mettent en lumière cette influence de la grossesse sur la tuberculisation pulmonaire, aussi fatale, quoique s'exerçant plus tard, mais aussi plus fréquemment et par conséquent d'une observation plus facile. Nous transcrirons ici ces lignes, en faisant observer qu'elles ont été écrites à propos d'une femme ayant des tubercules dans les poumons, et qui a pu subir deux fausses couches et un accouchement à terme, sans avoir vu l'affection tuberculeuse s'aggraver. « Or, il est d'observation que, lors- « qu'une femme atteinte de phthisie pulmonaire devient en- « ceinte à plusieurs reprises, *le plus souvent*, la maladie de l'ap- « pareil respiratoire, qui a semblé s'arrêter pendant la gros- « sesse, reprend une nouvelle intensité une fois la malade « accouchée. La grossesse semble être ici un coup de fouet pour « la phthisie pulmonaire, qui, suspendue dans sa marche pen- « dant tout le temps que la nature est occupée à la formation et « au développement d'un nouvel être, redouble d'activité dès « que cette production est complète. »

Rien de plus juste, rien de plus vrai que cette proposition, que nous n'avons relatée ici que parce que nous pouvons la confirmer de notre propre expérience et des renseignements que nous avons puisés dans notre service de médecin vérificateur des

décès. On se fera difficilement une juste idée du nombre de femmes qui meurent, dans des delais qui varient de quinze jours à six mois, à la suite des couches les plus heureuses et offrant, avant de succomber, les symptômes les plus caractéristiques de la présence de tubercules dans les poumons, condition pathologique déplorable, que vient toujours confirmer l'autopsie quand il arrive qu'on y procéde. Il résulte encore des mêmes investigations que c'est surtout chez les femmes primipares que cette terrible influence de la grossesse se manifeste; mais, quand elles échappent aux conséquences probables de cette première grossesse, elles franchissent généralement avec bonheur la seconde, mais souvent ensuite la troisième leur est fatale. Ainsi une femme Coudray, âgée de 36 ans, mariée à 24 ans, a eu d'abord deux enfants, et ces deux grossesses ont été fort heureuses; la troisième même a suivi un cours régulier. Mais sitôt accouchée (le 2 avril 1846), elle a commencé à tousser, et n'a pas cessé depuis ce moment jusqu'aujourd'hui, où elle offre les symptômes les plus caractéristiques de la phthisie pulmonaire, sans que celle-ci s'accompagne cependant d'hémoptysie.

M. le professeur Rostan a aussi signalé, dans une de ses cliniques, la fâcheuse influence exercée par la grossesse sur la marche de la tuberculisation. Ce fut à propos d'une femme qui succomba dans son service (salle Saint-Antoine, n° 11) à une phthisie pulmonaire, *constatée par l'autopsie*. Elle était accouchée depuis un mois quand elle entra à l'Hôtel-Dieu, et c'est depuis ce moment seulement que les symptômes de la présence de tubercules dans les poumons commencèrent à se manifester. En effet, le professeur fait remarquer « que cette femme assura « qu'avant sa grossesse, elle se portait parfaitement bien. Sa « santé paraît avoir été également bonne pendant tout le temps « de la gestation; avant l'accouchement, elle toussait fort peu, « si tant est même qu'elle toussât. »

M. Rostan s'exprime ensuite en ces termes : « Dans un Mé- « moire récent on s'est efforcé d'établir que la grossesse, la « parturition, n'exercent aucune influence appréciable sur la « tuberculisation pulmonaire. Des hommes distingués ont pro- « fessé que la marche de l'affection tuberculeuse n'était point « accélérée. Au moment même où les auteurs dont nous parlons « émettaient cette opinion, nous avions occasion d'observer, « tant à notre hôpital que dans la pratique de la ville, des « femmes tuberculeuses chez lesquelles, contrairement à cette « assertion, la maladie avait marché très-rapidement après l'ac-

« couchement; nous dûmes donc rester convaincu, d'après « l'observation journalière de faits nombreux, que, dans des « circonstances de ce genre, la tuberculisation fait ordinaire- « ment des progrès rapides, et nous ne pûmes par conséquent « nous ranger à l'opinion nouvelle. Le cas actuel de la malade, « dont nous vous entretenons aujourd'hui, vient encore à l'appui « de notre manière de voir. Avant et pendant la grossesse, cette « femme avait très-peu toussé. *A peine est-elle accouchée, que « l'affection prend une marche rapide, et en fort peu de temps, « quelques semaines après, la mort survient !* »

Les choses ne se passent plus de même chez les femmes atteintes de scrofule seulement. Si chez elles la conception se montre peut être plus difficile, il faut dire que la grossesse a généralement une marche aussi heureuse que chez les femmes douées d'une meilleure constitution. C'est encore une circonstance qui différencie les affections scrofuleuses des maladies tuberculeuses.

De certaines formes de la tuberculisation pulmonaire, qu'on ne retrouve pas dans les maladies scrofuleuses. — Pas de maladies dont le diagnostic soit généralement plus facile que celles qui reconnaissent pour cause la présence des tubercules dans les poumons, et cependant nous avons déjà cité, à propos de l'influence des maladies éruptives sur la tuberculisation, un exemple où la phthisie pulmonaire était restée latente (Voy. obs. LXV). Ce fait se présente encore assez souvent pour que nous attirions l'attention sur cette forme peu commune de cette terrible maladie; nous lui opposerons des faits de *Phthisie pulmonaire aiguë*. Une chose qui semble surtout fort digne de remarque, c'est que, dans le cas que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs et dans lequel la tuberculisation avait marché de la manière la plus insidieuse, l'organisme était pour ainsi dire infecté de tubercules. Dans cette forme de la maladie, que nous étudions et qu'on peut nommer *phthisie latente*, les progrès de la tuberculisation sont nécessairement fort lents.

Phthisie pulmonaire latente; — tubercules à l'état cru dans les deux poumons, dans les ganglions bronchiques, dans le grand épiploon, dans le péritoine, dans la rate, dans le foie; — aucune manifestation scrofuleuse.

Obs. LXVIII. — Un homme, de 30 ans environ, meurt dans le courant du mois d'avril à l'hospice de la Charité, où il avait été admis le 20 mars 1838; il est ouvert 36 heures après sa mort.

Le *cerveau*, l'*estomac*, l'*intestin grêle* n'offrent rien à noter, le *colon* seul présente une légère coloration ardoisée. — Le cœur est aussi parfaitement sain, ainsi que le péricarde, quoiqu'il renferme une assez grande quantité de sérosité citrine. — Mais le grand *épiploon*, en outre d'une coloration en rouge et d'une injection diffuse, est criblé d'une multitude de granulations miliaires ; quelques autres portions du péritoine offrent les mêmes lésions, quoique à un moindre degré. La cavité péritonéale contenait plusieurs litres de sérosité citrine.

La *rate*, le *foie* sont parsemés à l'intérieur et à l'extérieur de tubercules à l'état cru et gros comme des grains de chènevis ; le dernier de ces organes en contenait moins que le premier. — Les deux poumons sont criblés dans toute leur étendue de myriades de granulations miliaires, à l'état de crudité parfaite, de sorte que le tissu pulmonaire était resté parfaitement crépitant et sans trace ni de phlegmasie ni de congestion active. La trachée et les grosses bronches seules offraient une coloration assez foncée. — Vers la partie latérale droite et un peu postérieure de la trachée-artère, masse tuberculeuse du volume d'un petit œuf de poule, d'un blanc jaunâtre et aussi à l'état de crudité.

Ne négligeons pas de faire observer que ce malade, qui avait des tubercules dans les poumons, dans la région des ganglions bronchiques, dans le foie, dans la rate, dans plusieurs points du péritoine, ne portait aucune trace de symptômes scrofuleux anciens ou récents, car s'il en eût offert, M. Thirial est trop bon observateur (la manière dont l'observation est rédigée le prouve assez) pour ne point l'avoir signalé ; il se contente de dire que le malade était d'un *tempérament lymphatico-nerveux*.

Donnons maintenant un exemple de phthisie à marche très-rapide.

Tubercules pulmonaires à marche très-rapide. — Phthisie aiguë.

Obs. LXIX. — « Le 14 septembre, est entré à l'Hôtel-Dieu, « dans le service de M. le docteur Louis (salle St-Landry, « n° 26), une femme âgée de 28 ans, couturière, née à Pon- « toise, demeurant à Paris depuis plusieurs années. D'une consti- « tution délicate, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne « santé habituelle, cette femme a été deux fois enceinte, à « quatre années d'intervalle. La première couche a été heureuse, « et le rétablissement complet a eu lieu au bout de peu de « jours. La seconde s'est faite aussi très-facilement ; mais « quinze jours environ après, la diarrhée l'a prise et ne l'a plus « quittée depuis. Il y a quatre mois environ que cette couche a

« eu lieu, et la malade dit avoir ressenti les symptômes de son « affection actuelle, il y a trois mois environ. Elle aurait simplement commencé, suivant elle, par une diarrhée très-« abondante, puisqu'elle avait huit à dix selles par jour. Quelquefois il y avait un peu de sang mêlé aux matières fécales, « qu'elle dit avoir ressemblé à du blanc d'œuf tant elles étaient « liquides : ce dévoiement s'accompagne d'un peu de douleur « dans le ventre. Elle tousse depuis la même époque à peu près ; « mais sa toux est rare, ne s'accompagne d'aucune douleur dans « la poitrine, ni d'expectoration : elle a de temps à autre des « sueurs nocturnes. »

L'auscultation fournit les renseignements suivants : « respiration bronchique au sommet du poumon droit, avec craquements à la partie moyenne ; la respiration y est rude, un peu « soufflante dans toute l'étendue de ce même poumon, tandis « qu'elle est bonne à gauche. Depuis une dixaine de jours, expectoration facile de crachats visqueux, épais, d'un blanc « mat un peu grisâtre par place, sans traces de sang ni de pus.

« Quoiqu'il y ait quelques picotements dans la gorge, picotements qui provoquent une toux qui est pénible sans être douloureuse, le timbre de la voix n'est point altéré. Après chaque « quinte de toux, l'épigastre devient douloureux. Il n'a point « d'appétit, les aliments paraissent amers ; la soif est assez vive. « Le ventre offre à la pression quelque sensibilité et il y a huit « à dix garde-robes par jour. »

Le 25, malgré tous les moyens usités en pareil cas et mis en usage, la maladie avait fait des progrès sensibles : « Persistance « de la diarrhée ; langue saburrale au milieu, rouge sur ses « bords. Inappétence, soif vive. Respiration de plus en plus « gênée. Les crachats sont abondants, contenant du pus évidemment tuberculeux, offrant cet aspect caractéristique de « *têtes de camomille* nageant dans un liquide muqueux. — A « partir de ce moment, tous les symptômes mentionnés jusqu'ici vont en s'aggravant de plus en plus. Il y a sept à huit « selles par jour avec des coliques assez vives et des douleurs « dans le ventre. L'amaigrissement fait des progrès rapides et « la faiblesse est extrême. Le visage prend une teinte jaune « paille de plus en plus marquée et les yeux, enfoncés dans « l'orbite, ont un éclat vitreux et fiévreux en même temps. La « toux est fréquente et l'expectoration abondante. Malgré cet « ensemble de symptômes, quoiqu'il y ait évidemment de l'oppression et de la difficulté à respirer, la malade dit cependant « ne pas souffrir.

« Elle succombe le 5 octobre.

« *A l'autopsie :* on trouve des granulations nombreuses dans « le poumon gauche, surtout au sommet, et une assez grande « quantité de tubercules à l'état de crudité, mais peu volumi- « neux. Dans le poumon droit, au sommet, vaste caverne de « formation qui paraît assez récente. Dans tout le reste de l'é- « tendue de l'organe, granulations très nombreuses et tuber- « cules, les uns à l'état cru, les autres commencent à se ramol- « lir. — Rougeur vive de la muqueuse du gros intestin ; pas de « tubercules dans le mésentère. — Les autres organes sont « sains. »

Laënnec avait déjà signalé cette forme de phthisie qu'on a nommée *galopante.* « Les phthisies aiguës, dit cet auteur, sont « le produit d'affections tuberculeuses du poumon, qui, la- « tentes d'abord pendant un temps plus ou moins long, se « démasquent ensuite tout à coup et produisent une fièvre très- « aiguë, un amaigrissement rapide et en général des symptômes « tellement graves, que le malade est emporté au bout de six « semaines, d'un mois et quelquefois d'un temps moindre.

M. le docteur Louis (*loc cit.*) a observé treize cas de phthisie aiguë, dans lesquels la mort est survenue dans un espace de temps, qui a varié de vingt à quatre-vingts jours.—Mais hâtons-nous de dire que, neuf fois sur ces treize cas, les poumons étaient plus ou moins complétement hépatisés, dans une étendue ordinairement considérable. De sorte que, dans ces treize cas, la mort peut être considérée comme ayant été causée, en aussi grande partie, par la pneumonie que par l'affection tuberculeuse. Tout en reconnaissant que celle ci a sans doute été la cause du développement de la maladie inflammatoire, qui aurait pu ne pas être mortelle, sans la coïncidence des tubercules.

Quant aux faits de mort subite rapportés par le même auteur, il n'en existe vraiment qu'un (*loc. cit.*, obs. XLIV) qu'on puisse rapporter à la présence dans les poumons de tubercules, qui dans ce cas ont déterminé en 24 ou 36 heures l'hépatisation d'un des deux poumons. Dans les autres faits rapportés par M. Louis, l'existence des tubercules ne paraît point avoir été la cause déterminante de la mort. Mais reconnaissons que cette cause, en frappant sur un sujet affaibli par cette condition morbide, a produit un résultat fatal auquel eût peut-être échappé un individu plus sain.

A côté de ces exemples d'affection tuberculeuse des poumons, qui marchent vers une issue fatale avec une rapidité foudroyante, il faut reconnaître que dans d autres circonstances bien difficiles

à apprécier quelquefois, cette maladie marche avec une lenteur qu'on a du mal à comprendre et qui permettrait presque de douter de la présence des tubercules dans les poumons, si ce n'était point une maladie d'un diagnostic généralement facile, si la percussion et l'auscultation n'offraient pas le moyen de lever facilement les doutes. On a pu observer dans le service (nov. 1846) de M. Louis, un fait de ce genre. « Une femme de « 27 ans, d'assez délicate constitution, eut, à l'âge de 13 ans, une « hémoptysie abondante, qui se renouvela pendant six mois ; au « bout de ce temps, elle cessa et la malade ne toussa plus que « rarement. Il y a trois mois, la toux a reparu et avec elle les « crachements de sang ; quelquefois un peu de pus est mêlé aux « matières expectorées. Il existe en outre une altération bien « évidente des bruits respiratoires et de la résonnance à la per- « cussion sous la clavicule gauche ; enfin aucun doute n'est pos- « sible sur l'existence de la phthisie pulmonaire, *remontant « ainsi à quatorze ans.* » Cette période est longue sans doute, mais dans mes fonctions de médecin-vérificateur, nous avons eu plus d'une fois l'occasion de constater des cas de décès causés par cette maladie et dont on pouvait facilement faire remonter le point de départ à huit, dix, douze, quinze et même vingt ans. M. Louis (*loc. cit.*) a dressé un tableau qui comprend 118 cas de mort causés par le tubercule pulmonaire et où les deux extrêmes de durée de la maladie sont vingt-quatre jours et vingt ans.

Le scrofule offre dans sa marche des différences notables avec celle du tubercule. D'abord il n'y a pas de *scrofule latent* et on le comprend sans peine, d'après ce que nous avons dit du mode de manifestation des symptômes du scrofule. Il existe cependant pour le scrofule une période d'incubation plus ou moins longue et qu'on a nommée constitution scrofuleuse. Il arrive souvent que cet état ne s'accompagne d'aucune manifestation réellement morbide. Il peut en outre se dissiper seul et avec le temps ; il peut aussi persister pendant bien des années, sans qu'il soit nécessaire de lui opposer autre chose qu'un bon régime, qu'une hygiène convenable.

On peut dire aussi qu'il n'y a pas de *scrofule aigu*, et le seul exemple que nous en ayons cité (obs. LV) est une si rare exception, qu'il ne change rien à la règle que nous posons et qui rentre dans celle que nous avons établie plus haut, que le scrofule est une maladie apyrétique, ce qui le différencie, ainsi que nous l'avons déjà dit, de l'inflammation, et ajoutons du tubercule, qu'il s'accompagne presque toujours de fièvre.

L'histoire des maladies scrofuleuses offre aussi des exemples

d'une durée presque indéterminée, mais reconnaissons que, si la phthisie pulmonaire se montre généralement de vingt-cinq à trente-cinq ans, les affections scrofuleuses appartiennent, dans la pluralité des cas, à l'enfance, et que soit qu'elles se guérissent spontanément, ou par les ressources de la médecine, elles dépassent rarement l'âge de puberté.

Le scrofule n'affecte (jamais du moins nous n'en avons pu citer qu'un seul exemple. Obs. LV) cette marche aiguë que nous venons de signaler pour le tubercule du poumon. Le scrofule sans doute, et nous l'avons assez fait voir, compte aussi des victimes, mais il tue toujours lentement et la mort n'arrive qu'après une détérioration lente et progressive de l'individu; détérioration qui ne produit cependant que très-rarement cet effrayant marasme qui caractérise si bien la période ultime d'un si grand nombre de cas de phthisie pulmonaire. Il est vrai que le scrofule, en faisant prédominer les sucs blancs, donne bien plus souvent lieu que le tubercule à l'infiltration générale, ce qui induit facilement en erreur sur l'amaigrissement, car il peut arriver et assez facilement, qu'on prenne cette infiltration, qui se fait fort lentement, pour de l'embonpoint, embonpoint bien trompeur sans doute, puisqu'au lieu d'être l'indice de la santé, il annonce une fin prochaine.

Lois de la mortalité dans les maladies scrofuleuses. — Il nous a été facile pour les maladies tuberculeuses d'établir des lois de la mortalité, c'est que le tubercule fait de si nombreuses victimes, moissonne tant d'individus des deux sexes, de tous les âges, qu'on peut en faire des catégories. Il n'en est plus de même pour le scrofule; et, quoique ce dernier principe cause aussi quelquefois la mort, on peut dire que, si elle est la règle pour les tuberculeux, elle est presque l'exception pour les scrofuleux. Ainsi, depuis plus de dix ans que nous remplissons les fonctions de médecin vérificateur des décès et que nous constatons plus de 1,200 décès par an, nous avons compté des tuberculeux, nous pouvons dire par milliers, et nous ne croyons pas que nous ayons rencontré dix scrofuleux. Pour rédiger ce Mémoire, qui renferme près de quatre-vingts observations et que nous ne pouvions guère rédiger qu'en interrogeant la mort, nous n'avons jamais eu d'autre embarras que celui du choix tout le temps qu'il s'est agi des tuberculeux, tandis que ce n'est que difficilement que nous avons réussi à réunir une dixaine de cas de scrofuleux, que nous allons avoir l'occasion de rappeler. Eh bien! cette revue nous fait voir que souvent la mort peut être attribuée à une maladie intercurrente, ainsi qu'il est arrivé pour le sujet de

l'obs. XXV, ou bien par une autre affection, mais alors bien certainement causée par le développement d'un symptôme scrofuleux, qui devient cause efficiente d'une autre maladie, mortelle elle-même, ainsi qu'on l'observe pour les obs. XXXVIII et LVI où la mort doit être en définitive attribuée à une myélite intercurrente, mais en définitive causée par le travail de désorganisation, qui s'opérait au voisinage de la moelle épinière.

Il peut encore arriver que la mort soit causée d'une manière mécanique, pour ainsi dire, par le développement progressif de quelque tumeur scrofuleuse. L'obs. XI nous offre un exemple d'asphyxie déterminée par le développement d'une tumeur scrofuleuse située dans le voisinage de la trachée. La thèse inaugurale de M. le docteur Bichat (ouvrage que nous avons déjà cité) renferme une exemple de mort causé par une adénite scrofuleuse, dans des circonstances non point identiques, mais analogues. Nous citerons textuellement M. Richet, qui rapporte le fait dans un autre but que celui qui nous le fait rappeler. Il s'agit d'un homme qui fut traité pendant le cours de 1843, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Velpeau, pour une fracture de l'extrémité inférieure du radius. « Vingt-huit jours après la fracture, cet homme, qui portait « d énormes *ganglions*... au cou, fut pris de symptômes de dysp- « née qui le firent périr. — A l'autopsie, on constata une lésion « organique du nerf pneumo gastrique droit, passant au milieu « des ganglions dégénérés, lésion qui avait, selon toute appa- « rence, déterminé la suffocation; *il n'y avait point d'ailleurs « de tubercules dans les poumons.* » Nous avons eu le soin de souligner ces derniers mots, parce qu'ils établissent d'une manière presque certaine la nature *scrofuleuse* et non *tuberculeuse* des ganglions engorgés. Aussi avons-nous passé l'épithète de *tuberculeux*, que M. Richet avait jointe au mot ganglion.

Dans le fait suivant, le doute est permis quant à la nature de la tumeur qui a aussi agi mécaniquement; pour nous, elle est plutôt scrofuleuse que tuberculeuse. Le nommé Gérard (Maximilien), ébéniste, âgé de 29 ans, couché au n° 10 de la salle Saint-Joseph à l'hospice de la Charité, y succomba dans le courant d'avril 1847. Il était entré le 3 mars pour *une tumeur ulcérée qu'il portait dans la région mammaire gauche, et pour une tumeur d'aspect ganglionnaire dans la région sus-claviculaire du même côté.* Il y avait un peu plus d'un mois qu'il y avait été admis, quand il survint, dans les membres supérieurs et inférieurs, un engourdissement qui augmenta rapidement. Il y eut bientôt paralysie incomplète des membres thoraciques, et complète

pour les membres abdominaux ; paralysie qui ne tarda point à frapper la vessie et le rectum. Gérard s'éteignit bientôt, épuisé par l'abondance de la suppuration.

« A l'ouverture du cadavre, on examina d'abord les côtes sur « lesquelles se trouvait l'abcès sous-mammaire, *qui avait fixé « primitivement l'attention et avait été la cause de l'entrée du « malade à l'hôpital ; ces os n'étaient point altérés ; il était évi- « dent qu'il s'agissait d'un abcès froid idiopathique, sans aucune « trace de carie.*

« La colonne vertébrale fut ouverte dans sa longueur, et l'on « trouva vis-à-vis de la sixième vertèbre cervicale, ou plutôt « s'étendant depuis la sixième vertèbre du cou jusqu'à la « deuxième dorsale, une surface remplie de pus concrété *ou de « matière tuberculeuse ;* cette portion de la colonne vertébrale « était légèrement cariée ; la moelle se trouvait comprimée par « une tumeur formée de matière purulente concrète, granulée, « appuyée sur la région antérieure. La substance de la moelle « elle même se trouvait parfaitement saine, l'altération ne por « tait que sur la membrane externe, ou, pour mieux faire com- « prendre, le pus concrété avait son siège précis entre la dure- « mère et les vertèbres ; tout indiquait, en un mot, une maladie « portant seulement sur les enveloppes ; *et, en définitive, la lé- « sion de la moelle épinière était toute mécanique. De plus les « vertèbres cariées communiquaient par un trajet sinueux avec « l'abcès de la région sus-claviculaire.*

« Le cerveau ne présenta rien de particulier. Nous ne sa- « vons pas si les autres viscères ont été examinés. » Ce qu'il faut regretter, car on eût ainsi été bien fixé sur la nature scrofuleuse ou tuberculeuse de la tumeur.

C'est surtout dans les cas de scrofule des os, que la mort peut arriver à la longue et plus fréquemment et plus certainement. L'infiltration peut alors en être la cause déterminante, comme pour le sujet de l'obs. **XXVI**, qui a fini en offrant les symptômes de l'apoplexie séreuse. Mais, dans le plus grand nombre des cas, la mort arrive par suite de l'épuisement que cause chez les malades une suppuration trop abondante et que rien ne peut modérer. C'est ainsi qu'ont fini les malades des obs. **XXVII**, **XXVIII**, **XXIX** et **LIII**. C'est ainsi qu'a fini aussi le jeune homme qui fait l'objet de l'observation suivante ; c'est un nouvel exemple de scrofule des os, qui s'est aussi terminé d'une manière fatale.

Carie scrofuleuse du sternum et du tibia ; — Mort ; — absence de toute tuberculisation.

Obs. LXX. — « Nous publions en entier le fait suivant, tiré des « journaux allemands. Il est dû au docteur Pfeuter de Bamberg.

« Un jeune homme de 18 ans, de constitution scrofuleuse, « entra à l'hôpital de Bamberg, pour des symptômes d'hyper- « trophie du cœur, avec douleur violente dans le côté gauche « de la poitrine et réaction fébrile. Une saignée du bras qui fut « faite fit tomber les symptômes, et il ne lui resta plus qu'une « sensation de pesanteur et de constriction dans la poitrine.

« Au bout de huit jours, on vit poindre sur le côté du ster- « num, au dessous des pectoraux, une tumeur dont l'ouverture « donna issue à une grande quantité de matière jaunâtre ; cette « incision fit en même temps reconnaître une ouverture fistu- « leuse de trois pouces de profondeur, passant dans l'intervalle « des cartilages des troisième et quatrième côtes pour aboutir « au péricarde ; une seconde fistule de deux pouces de longueur « passait entre les cartilages des seconde et troisième côtes, et « se terminait sur un point dénudé du sternum. Cette ouverture « fistuleuse s'agrandit rapidement au point de souffrir en quel- « ques jours l'introduction du doigt. Le corps du sternum, sous « l'influence des seuls battements du cœur (et la formation du « pus y aidait aussi sans doute un peu) se détacha du manche « de l'os. D'un autre côté, après l'ouverture de cet abcès, il « sortit du pus avec les urines ; le dépôt purulent montait à trois « pouces dans un vase de huit de hauteur. Cette évacuation, « qui parut soulager beaucoup le malade, cessa après quelques « jours et fut suivie d'une douleur au-dessus de la tubérosité du « tibia gauche, œdème de la jambe et du pied. Le malade se « trouva bien de l'application de quelques sangsues sur ce point : « l'œdème, cependant, s'étendit jusqu'au milieu de la cuisse ; « on le modéra par des mouchetures et par l'application « du bandage spica, mais le retour de la douleur fit bien- « tôt renoncer à ce dernier. Une tumeur fluctuante ve- « nait de se former ; il en sortit à l'ouverture une grande « quantité de pus séreux et ichoreux ; on reconnut au fond de « l'abcès, que le tibia était dépourvu de périoste dans un pouce « et un quart d'étendue. Cependant, ces formations purulentes « dans les parties inférieures avaient comme suspendu celles « des parties supérieures : l'abcès de la poitrine cessa quelques « jours de suppurer, et il se développa des granulations sur la « surface cariée du sternum. Puis, la sécrétion du pus recom-

« mença en ce point, tandis qu'elle tarissait à l'abcès de la jambe.
« Ce dernier s'était transformé en un ulcère d'un rouge vif,
« qui prit l'aspect de la gangrène d'hôpital, la veille de la mort
« du malade, laquelle eut lieu quarante-cinq jours après l'en-
« trée à l'hôpital. Deux jours avant, une nouvelle fistule s'était
« ouverte du côté gauche entre la quatrième et la cinquième côte.

« *A l'autopsie*, on trouve la portion cariée du sternum, cou-
« verte d'une pseudo-membrane cartilagineuse d'un quart de
« pouce d'épaisseur ; elle s'étendait depuis le commencement
« du manche jusqu'à l'insertion du cartilage de la septième côte.
« C'était à cette poche que venaient aboutir les trois fistules
« mentionnées plus haut. — *Les poumons étaient sains*, le ven-
« tricule gauche était hypertrophié, le droit dilaté. Le sein
« gauche contenait, dans sa moitié inférieure, un grnnd nombre
« de points purulents, ainsi que quelques kystes également pu-
rulents. »

Des complications du tubercule et du scrofule. — Nous ne ferons presque qu'indiquer cette partie de notre sujet que nous n'avons pas le loisir de développer : nous ne ferons que dire que les tuberculeux sont sujets à toutes les maladies qui affligent l'espèce humaine, mais que chez eux elles revêtent facilement les formes les plus graves ; elles deviennent facilement mortelles, même quand elles ne le sont pas par elle-mêmes. Cependant nous avons cru remarquer qu'il existait à la règle que nous venons de poser une exception, c'est que les tuberculeux sont généralement peu sujets aux maladies de la peau. La disposition toute contraire existe chez les scrofuleux ; et tout ce que nous avons dit de ces deux principes fait facilement comprendre cette différence dans leurs influences morbides. Otez cette disposition, on peut, je crois, avancer que les scrofuleux sont généralement peu sujets aux autres maladies ; et quand ils les contractent, elles ne nous ont pas paru se montrer plus graves chez eux, que chez les individus qui se trouvent dans les conditions ordinaires.

Tubercules et albuminurie. — Parmi les complication du tubercule, nous avons eu occasion d'en observer une fort grave et qui n'est pas rare, c'est l'*albuminurie*, tandis qu'elle ne se rencontre pas chez les scrofuleux. Du moins avons-nous en vain cherché à constater par la chaleur et par l'acide nitrique la présence de l'albuminurie dans les urines d'un grand nombre de scrofuleux.

Nous croyons devoir donner ici, quoique le malade vive encore, un exemple d'albuminurie compliquant le tubercule des os et les tubercules pulmonaires. *(La suite à un prochain numéro.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE NATIONALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 16 AVRIL.

Dosage du sucre de lait par la méthode des volumes, et détermination de la richesse du lait. — M. Pelouze présente, au nom de M. Poggiale, professeur de chimie au Val-de-Grâce, une note sur ce sujet.

Aucun des procédés connus jusqu'ici, dit l'auteur, ne fournit d'une manière rapide et rigoureuse l'indication de la richesse du lait. Le lactoscope de M. Donné, le pèse-lait, la détermination du volume de la crème dans un vase gradué, l'analyse chimique, etc., sont des moyens infidèles ou rarement employés, en raison du temps considérable qu'ils exigent.

M. Poggiale détermine la richesse du lait en dosant par la méthode des volumes le sucre de lait. D'après ses expériences, 1,000 grammes de lait contiennent 52 grammes 7 décigrammes de sucre, et cette quantité ne présente que de légères variations.

Le procédé que M. Poggiale emploie est l'application de celui de M. Barreswil au dosage du sucre de lait, qui réduit, comme le glucose, les sels de cuivre; mais la liqueur d'épreuve doit être titrée avec le sucre de lait, et non pas avec le sucre de canne. M. Poggiale s'est assuré, du reste, que les proportions suivantes donnent une liqueur dont 20 centimètres cubes correspondent à 0 grammes 200 milligrammes ou 2 décigrammes de sucre de lait.

Sulfate de cuivre cristallisé.	10	grammes.
Bitartrate de potasse cristallisé. . . .	10	—
Potasse caustique.	30	—
Eau distillée.	200	—

Pour doser le sucre de lait, on coagule d'abord une quantité déterminée de lait, 50 ou 60 grammes, à l'aide de quelques gouttes d'acide acétique et à la température de 40 ou 50°; on filtre ensuite. 100 grammes de lait fournissent, d'après les expériences de M. Poggiale, 923 grammes de petit-lait, ce qui donne, pour 1,000 grammes de petit-lait, 57 grammes de sucre environ.

Le petit-lait étant préparé, on prend 20 centimètres cubes de liqueur d'épreuve, que l'on introduit dans un petit ballon; on y ajoute quelques fragments de potasse caustique, et on élève la température du liquide jusqu'à l'ébullition. D'un autre côté, on remplit une burette graduée de petit-lait, que l'on verse goutte à goutte dans la solution cuivrique. On saisit le moment où la liqueur d'épreuve est complétement décolorée, en regardant le ballon de bas en haut. On lit alors sur la bu-

rette la quantité de petit-lait qui a été employée, et au moyen d'une proportion, on détermine le poids du sucre contenu dans 1,000 gr. de petit-lait.

La plupart des fraudes seront facilement dévoilées en dosant le sucre, puisqu'elles ne peuvent avoir lieu qu'en ajoutant de l'eau au lait. On sait, du reste, que la fraude la plus ordinaire consiste à enlever la crème, et à ajouter de l'eau au lait écrémé.

Si l'on enlevait la crème sans faire aucune addition d'eau, ou bien si l'on ajoutait du sucre de lait, M. Poggiale propose de déterminer la quantité de matière grasse, en ajoutant de l'acide acétique au lait bouillant et en l'agitant dans un flacon, après le refroidissement, avec de l'éther qui enlève le beurre. On décante le liquide éthéré, et on le fait évaporer.

Choléra. — M. Lefèvre Rousseau propose le moyen suivant contre le choléra : Aussitôt les premiers symptômes, placer le malade dans un appartement bien clos pour éviter les courants d'air ; brûler du poivre pour qu'il en respire constamment l'odeur ; le mettre le plus tôt possible dans un bain extrêmement chaud, dans lequel on délayera une quantité assez grande de poivre pour exciter une réaction, sans cependant faire naître des pustules sur la peau ; le frictionner en même temps à l'estomac, aux articulations et aux extrémités ; le laisser dans le bain tout le temps nécessaire pour exciter une transpiration abondante ; entretenir cette transpiration avec le plus grand soin ; retirer le malade du bain et le mettre dans un lit bien chaud. L'auteur pense qu'il serait bon de faire boire au malade, avant et pendant le bain, seulement quelques verres d'eau un peu plus que tiède, mélangée de quelques grains de poivre en poudre.

M. le docteur Letellier, médecin à Saint-Leu-Taverny, préconise, comme traitement préservatif du choléra, les fumigations produites par la combustion des bois résineux et l'évaporation du vinaigre versé sur des corps portés à une température élevée.

— M. le docteur Jurron conseille, dans le début du choléra, l'infusion de café.

SÉANCE DU 23 AVRIL.

Mortalité comparée pour la France. — M. H. Carnot adresse une nouvelle table de mortalité comparée pour la France entière, établie d'après les documents qui lui ont paru mériter le plus de confiance. Voici le résumé et les conclusions des tables :

1° De 1806 à 1840, à égalité de naissances annuelles, le population de la France, en enfants et adolescents au-dessous de l'âge de 20 ans, a augmenté de 28 p. 100. Le nombre des jeunes gens de cet âge s'est accru dans la même proportion.

2° La population au-dessus de l'âge de 20 ans n'a pas cessé d'être proportionnelle aux naissances annuelles. Leur rapport invariable a été 20.21405.

3° La vie moyenne de la France est restée, à très-peu près, dans le rapport moyen 1,125 avec la vie moyenne de la ville de Paris.

4° La mortalité *relative* est restée la même : 1° de 12 à 13 ans ; 2° au-dessus de 50 ans. Elle a été moindre de 0 à 12 ans, plus grande de 13 à 50 ans.

5° La probabilité pour l'enfant nouveau-né d'atteindre l'âge de 40 ans est restée la même. La probabilité d'atteindre un âge au-dessous de 40 ans a augmenté ; celle d'atteindre un âge plus avancé a diminué.

6° Le celibat des filles a été en progression *proportionnelle* constante de 1806 à 1840, et l'âge moyen du mariage s'est élevé de 26 ans, chiffre de 1806 à 26 ans, 14.

7° Les naissances annuelles se sont accrues de 1806 à 1827 à très peu près de 0 0022 par an. Elles ont commencé à décroître depuis 1827 d'environ 0.0005 annuellement. Cette diminution a porté principalement sur les naissances legitimes ; les enfants naturels n'ont pas cessé de s'augmenter. L'accroissement annuel moyen des naissances illegitimes a été 0,0029 de 1806 à 1840, celui des naissances légitimes etant 0,00082, c'est à-dire 3 fois 1/2 moins.

Infusoires microscopiques dans les déjections alvines des cholériques. — M. Pouchet annonce à l'Academie qu'ayant eu récemment l'occasion d'examiner les déjections alvines de quatre cholériques, il a pu verifier qu'il existait dans celles-ci une immense quantite d'infusoires microscopiques. L'animalcule qu'il a observé dans ce cas est extrêmement petit : c'est le *vibrio rugula* de Müller et de Schrank. Il offre de 7 à 8/1000 de millimètre de longueur. Ses mouvements sont parfois brusques, rapides ; aussi un œil exercé parvient-il facilement à le distinguer parmi une foule de granules ou de corpuscules allongés animés du mouvement brownien, et au milieu desquels il s'agite.

M. Pouchet n'a trouvé ces animalcules que dans les selles caractéristiques ayant l'apparence de l'eau de riz ou de petit-lait, et lorsqu'elles étaient examinées très-peu de temps après avoir été rendues. Il ne l'a point rencontré dans les vomissements. C'est cette même espèces de vibrion que Leeuwenhoeck decouvrit dans les déjections dyssentériques.

Action du chloroforme injecté dans les artères. — M. Coze, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, envoie une série de recherches sur l'action du chloroforme injecté dans les artères, dans le sens du cours du sang ; il résulte de ces recherches que le sang injecté de cette manière produit une contraction tétanique des muscles de la vie

organique et animale, au lieu du relâchement qu'on observe dans les inhalations.

Développement de la fibre musculaire du cœur et des muscles du mouvement volontaire des animaux vertébrés. — M. le docteur Lebert envoie un mémoire sur ce sujet, qui peut se résumer dans les termes suivants :

Quelles que soient les différences de détail pour le développement de la fibre musculaire dans les diverses classes d'animaux vertébrés, il y a des lois fondamentales applicables à toutes. On peut distinguer dans la myogénésie trois périodes : 1° l'état primordial, blastème globulaire, les globules plastiques étant les mêmes pour les muscles que pour les autres tissus et organes dans leur première ébauche ; 2° apparition au milieu de cette substance globuleuse d'un certain nombre de corps irréguliers, arrondis, qui sont la première apparition des cylindres musculaires, et que l'auteur appelle corps myogéniques ; 3° développement ultérieur de ces corps encore difformes, allongement, régularisation des contours, disparition des globules plastiques renfermées dans l'intérieur des cylindres primitifs des oiseaux, bien plutôt que pour les autres vertébrés. On voit ensuite des stries longitudinales paraître dans l'intérieur de ces corps cylindriques, et un peu plus tard on voit les raies transversales apparaître à la surface et devenir peu à peu tout à fait parallèles et régulières. A mesure que cette évolution progresse, les globules plastiques qui séparaient les cylindres disparaissent, et c'est ainsi que la fibre musculaire prend sa forme définitive.

Le développement du cœur est bien plus précoce dans l'embryon de l'oiseau que dans celui des autres vertébrés par rapport à l'apparition des muscles du mouvement volontaire. L'inverse a lieu pour les batraciens ; ces différences sont bien moins marquées pour l'embryon du mammifère et celui du poisson.

SÉANCE DU 30 AVRIL.

Procédé pour reconnaître l'iode et le brome. — M. Alvaro Reynoso communique un nouveau procédé pour reconnaître l'iode et le brome. L'ancienne méthode en usage n'étant pas applicable, suivant l'auteur, à la recherche de petites quantités d'iodure ou de bromure, surtout quand ces corps se trouvaient mêlés avec des substances capables de s'emparer du chlore, il a cherché un procédé à l'aide duquel on pût isoler l'iode ou le brome au moyen d'un corps incapable d'agir sur eux quel que fût leur excès. L'eau oxygénée lui a paru remplir tout à fait ces conditions. Elle décompose l'acide iodhydrique ou bromhydrique sans avoir aucune action sur l'iode ou le brome mis en liberté.

Voici comment on procède pour l'iode :

On prend un petit tube fermé par un bout, et on y met un morceau de bioxyde de barium. On y ajoute de l'eau distillée et de l'acide chlorhydrique pur et de l'empois d'amidon. On attend que l'on voie venir des bulles à la surface pour y ajouter l'iodure. Si la quantité d'iode est très-minime, on voit à l'instant une coloration rose, bleue si elle est un peu considérable, et bleue bien foncée, au point qu'elle paraît noire, si la quantité d'iode est notable.

Il est plus convenable d'opérer dans ces conditions, tant sous le rapport des manipulations qui deviennent très-faciles que sous celui de la réussite de l'expérience ; de cette manière, on est sûr d'employer un excès d'eau oxygénée nécessaire quand il existe des hyposulfites, sulfites ou sulfures, et d'ailleurs l'acide chlorhydrique employé dans la préparation de l'eau oxygénée joue aussi un rôle important, car il sert à mettre en liberté l'acide iodhydrique.

Quand les iodures se trouvent mêlés avec des chlorures, sulfures, sulfites ou hyposulfites, le procédé est tout aussi exact.

Les hyposulfites et sulfites, en passant à l'état de sulfates, produisent dans la liqueur un précipité de sulfate de baryte ; ce qui pourrait arrêter l'action, si l'on n'agitait pas pour détacher le sulfate de baryte de la surface du byoxyde. Du reste, c'est une précaution qu'on doit prendre toujours pour augmenter la production d'eau oxygénée. Par ce procédé, on décèle très-bien dans l'urine d'un malade prenant 0,10 centigr. d'iodure de mercure, matin et soir, la présence de l'iode. Au moyen du chlore, ces mêmes urines n'ont rien produit.

En résumé, ce procédé indique très-commodément moins de 1/100,000 d'iodure de potassium.

Pour le brome, le procédé est le même ; seulement, au lieu de mettre l'amidon, on met de l'éther. On agite, le brome se dissout dans l'éther et se colore en jaune plus ou moins foncé, suivant la quantité.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 17 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Choléra. — M. Lequoy (de Dunkerke) donne des renseignements sur la marche du choléra dans cette ville. Il résulte de cette lettre que le choléra y a éclaté le 20 octobre 1848. Il sévit pendant environ deux mois, mais cessa ensuite presque complétement, et éprouva une recrudescence dans les premiers jours de mars, laquelle s'est calmée depuis quelques jours. M. Lequoy affirme que les *trois quarts* des cholériques étaient des individus qui avaient soigné d'autres cholériques ou qui avaient eu des rapports avec eux.

M. le docteur Guyétard, médecin à Fécamp, donne des renseignements sur les premiers cas de choléra développés à Sdort, qu'il attribue à trois causes : à la frayeur, à la misère et au froid, tout en constatant que l'équipage du navire où se sont développés les premiers cas avaient été en communication, après avoir éprouvé une violente tempête, avec la ville de Dunkerque, déjà atteinte par l'épidémie.

Sa lettre contient la relation d'un fait fort singulier : c'est celui d'une jeune fille dont le cadavre, après quinze jours présumés de décès, conservait encore la roideur cadavérique. Il se demande si cette circonstance tiendrait à la cause de la mort, qui a sans doute été le choléra.

M. le docteur Depierris propose, comme spécifique de la diarrhée prodromique, la formule suivante :

Prenez : Eau bouillante. . . .	250	grammes.
Cachou en poudre. . .	10	—
Valériane en poudre. .	3	—

Faites une infusion, passez et ajoutez :

Laudan. de Sydenham .	6	gouttes.
Éther sulfurique. . .	4	—

Dès que la diarrhée se manifeste, prendre en une seule fois 125 grammes de cette potion à la température ordinaire, le reste d'heure en heure, par doses de 10, 20 ou 30 grammes ; continuer pendant cinq ou six jours, même quand les selles sont supprimées.

M. Vaucher, étranger à la médecine, envoie une communication dans laquelle il expose une théorie sur la nature du choléra. Il attribue cette maladie à un miasme dont l'action sur le sang peut, dit-il, être comparée à celle des acides sur le lait, c'est-à-dire que ce miasme fait *tourner* le sang, et en sépare les éléments en caillot et sérum.

— M. le Président annonce la mort de M. Blandin, et désigne les membres de la députation qui sera chargée de représenter l'Académie aux funérailles.

L'ordre du jour appelle la suite des communications sur le choléra. La parole est à M. Jolly.

M. Jolly : En rendant compte à l'Académie des faits qu'il a observés dans son service à la Salpêtrière, M. Baillarger a signalé une circonstance qui peut avoir quelque intérêt dans l'étude historique de l'épidémie actuelle, et sur laquelle je désire rappeler l'attention de l'Académie. La circonstance dont il s'agit est relative à l'heure la plus fréquente des attaques du choléra.

M. Baillarger vous a dit que, sur le nombre de cas qu'il a observés, plus des deux tiers s'étaient déclarés pendant la nuit, c'est-à-dire de six heures du soir à six heures du matin.

Quelle que soit la valeur étiologique de ce fait, l'Académie me per-

mettra de venir l'appuyer du résultat de mon observation personnelle.

En 1832, où il était possible malheureusement de suivre la marche du choléra sur des proportions de chiffres encore plus élevées, nous avons été à même de constater que, sur plus de 4,000 malades enregistrés dans un seul quartier de Paris, plus des trois quarts avaient été frappés à divers degrés pendant la nuit, et le plus souvent même pendant le sommeil.

Sur 554 cas graves arrivés à la période algide, que j'ai été appelé personnellement à soigner du 1er avril au 11 mai, j'ai pu en compter 395 qui s'étaient déclarés après minuit et 159 seulement avant minuit. Or ce fait me semble parfaitement concorder avec la remarque de M. Baillarger, et l'Académie n'oubliera pas que nous étions éloignés l'un de l'autre, M. Baillarger et moi, de toute la distance qui sépare les deux épidémies, c'est-à-dire de dix-sept ans, quand nous observions le même fait.

Ainsi donc, et sans rien préjuger d'ailleurs d'une telle remarque, la prédilection que semble affecter l'invasion du choléra pour certaines heures de la révolution nycthémérale serait déjà un fait suffisamment acquis à l'étiologie générale de cette maladie, prédilection qui, pour le dire en passant, lui serait assez généralement commune avec plusieurs formes d'affections nerveuses bien connues.

Quel que soit le rôle que le temps puisse réserver à un pareil fait dans l'étude de l'étiologie et de la thérapeutique du choléra, j'ai cru devoir le signaler à l'Académie et venir l'enregistrer à côté de celui de M. Baillarger comme une pierre d'attente sur laquelle il est du moins permis d'appeler l'attention des observateurs en vue de l'édification de la science relativement à l'épidémie actuelle.

En attendant, et puisque l'Académie a bien voulu me prêter un instant d'attention, je lui demanderai encore la permission d'ajouter un mot ayant trait à une proposition que je désire lui soumettre.

Depuis plusieurs mois que le choléra a envahi une grande partie de la France, que sa marche, loin de se ralentir, devient de plus en plus un sujet de préoccupation pour la médecine et d'anxiété pour les populations menacées ; depuis aussi que l'Académie reçoit de toutes parts des communications plus ou moins importantes relatives à la marche et au traitement de cette maladie, il est malheureusement vrai de dire que tous les praticiens restent encore dans le même vague et la même incertitude sur le choix des traitements ; chacun semble attendre de l'Académie elle-même, sinon des règles fixes de conduite pratique, au moins une appréciation quelconque des différentes méthodes de traitement que l'on a cru pouvoir opposer jusqu'à ce jour à la maladie.

L'Académie sait, en effet, qu'aucune maladie n'a été l'objet de médi-

cations plus nombreuses, plus variées et souvent plus contraires à elles-mêmes ; de telle sorte que, dans cette désespérante anarchie où l'empirisme et le charlatanisme se disputent la place de la science, le praticien le plus expérimenté sent toujours le même besoin de lumières et d'appui, et à plus forte raison celui qui n'a pas encore pour lui la triste expérience de l'épidémie.

L'Académie ne peut ignorer que plus de vingt mille praticiens sont toujours dans l'attente du résultat de ses discussions sur un aussi grave sujet, et elle comprendra sans doute que sa mission ne peut s'arrêter à une *instruction* purement *populaire* devenue au moins insuffisante, non plus qu'à l'exhibition hebdomadaire et à la supputation de chiffres de mortalité destinés tout au plus à préparer le nécrologe de l'épidémie; elle comprendra, enfin, qu'elle doit à la haute confiance dont elle est investie le tribut de son expérience et de ses lumières.

J'ai donc l'honneur de lui proposer :

1° De saisir immédiatement de la *question pathologique* du choléra la commission instituée à cet effet ;

2° De mettre à l'ordre du jour la discussion du rapport de la commission ayant principalement pour objet d'apprécier et déterminer autant que possible, et d'après les faits le plus rigoureusement observés, la valeur comparative des différentes méthodes de traitement qui ont été expérimentées ou proposées jusqu'à ce jour contre l'épidemie du choléra.

M. Gibert : Je commencerai par dire un mot à l'occasion de la proposition de M. Jolly.

Il me paraît fort naturel que, dans cette épidémie comme dans toutes les autres, on se soit d'abord préoccupé du chiffre des malades et de celui des décès. Quant à la therapeutique, la question, scientifiquement parlant, est peut être encore aujourd'hui prématurée, si tant est qu'on puisse arriver un jour à poser des axiomes scientifiques sur cette question.

Les grandes épidémies sont des fléaux qui se renouvellent à de certains intervalles, et auxquels les médecins ne peuvent guère opposer que des palliatifs.

En observant la marche de la nature, les médecins hippocratistes cherchent à remplir les indications qui se presentent. Mais la découverte d'un traitement *spécifique* est rare et le plus souvent due au hasard. Aussi nous sommes restés dans le vague, quant à ce traitement, pour la plupart des épidémies comme pour celles du choléra. C'est pour répondre à quelques attaques venues du dehors et à l'espèce de reproche déguisé sous une proposition parlementaire, qui semble s'être fait jour au dedans, que j'ai dit ces quelques mots avant de continuer les renseig-

gnements que j'avais à fournir sur l'épidémie de l'hôpital Saint-Louis.

Comme je le craignais, le choléra du dehors a réimporté la maladie dans nos salles. En outre, les cas se sont multipliés depuis cette semaine dans le quartier de l'hôpital Saint-Louis. Le chiffre particulier de mon service s'est élevé de 25 cas à 65; celui des décès de 9 à 27. Il est vrai que, dans ces derniers jours, presque tous les malades du dehors ont été placés dans mon service.

Sur ces 65 cas donc, je compte 27 décès, chiffre proportionnel inférieur à celui de mon premier relevé.

Quatre malades sont sortis guéris, dont deux étaient très-gravement atteints : l'un venu de dehors, l'autre pris dans les salles. Ce dernier avait été traité par l'infusion de stachys.

Nous comptons sur les malades restants une vingtaine environ de convalescents.

Ayant vu échouer les prétendus spécifiques (dans cette épidémie comme dans celle de 1832), tels que le trichlorure de carbone, le haschisch, le stachys, le chlorure de sodium, etc., je suis revenu à peu près à la même méthode que j'avais suivie en 1832, sauf les infusions aromatiques chaudes dans les premières heures de la période algide, destinées à favoriser d'abord les évacuations, et à concourir, avec les révulsifs et les moyens de caléfaction extérieurs, à provoquer le rétablissement du mouvement périphérique. Après quoi la gomme sucrée, coupée d'eau de Seltz, bue à la glace, devient à peu près la seule boisson ; les quarts de lavement au laudanum y sont joints.

Je m'abstiens presque constamment des émissions sanguines et des exutoires.

Parmi les malades nouveaux, nous en avons compté quatre atteints de choléra foudroyant et sans prodromes (1). Ce qui ne m'empêche pas d'attacher, comme notre honorable collègue M. J. Guérin, une grande importance au traitement de ces prodromes lorsqu'ils existent, et notamment à celui de la diarrhée, que l'on a plus spécialement désignée sous le nom de cholérine.

M. Bouvier : Suivant l'habitude que j'ai prise depuis le commencement de l'épidémie, je vais avoir l'honneur de communiquer à l'Académie les renseignements statistiques que j'ai rassemblés, et qui plus tard, peut-être, pourront devenir de quelque utilité. Les chiffres de la semaine qui vient de s'écouler, comparés à ceux de la semaine précédente, nous donnent plutôt quelques sujets de nous réjouir que de nous alarmer

(1) Notre honorable collègue, pour être plus rigoureux, aurait dû dire : *sans diarrhée prodromique* ; car d'après la déclaration qu'il nous a faite, il n'a pas interrogé les malades dans le but de s'assurer s'il n'y avait pas eu d'autres formes de prodromes.

sur les progrès de l'épidémie. Cependant il ne faut pas nous dissimuler qu'ils ont été plus élevés, pris en bloc, que ceux de la semaine précédente. Ainsi,

Du 2 au 8 avril,	441 cas nouveaux.
Du 9 au 15	471.

Le nombre des cholériques a donc augmenté de 80; mais d'autre part, la Salpêtrière, qui avait fourni pour son compte,

Du 2 au 8 avril,	244 malades,
n'en a donné du 9 au 15, que	156.

Il y a donc une différence de 88. On m'objectera peut-être, et cette remarque vient de m'être présentée par M. Moreau, que la population de cet hospice a diminué. Elle n'a pas diminué autant qu'on se l'imagine. Il n'est sorti en tout que 768 femmes, envoyées en congé dans leurs familles. La population de la Salpêtrière, qui était au 20 mars de 5.292 individus, restait, au 16 avril, de 4.011 ; les entrées avaient continué à se faire comme à l'ordinaire, et 231 nouvelles femmes avaient été admises à l'hôpital pendant ce laps de temps. En réalité le chiffre des cholériques a diminué.

Du 31 mars au 6 avril, il avait été en moyenne de 40 par jour ; depuis le 6, il n'a pas atteint 30. Un fait dont il faudra tenir compte, c'est la dissémination dans Paris de ces 768 femmes, dont quelques-unes, comme nous le dirons dans un instant, ont dû être admises dans les hôpitaux ordinaires. Ce fait sera important à constater, car il soulève une haute question d'hygiène publique. S'il est prouvé que la dissémination de ces femmes dans Paris a fait diminuer le nombre des malades, ce sera à la fois un sujet d'eloges pour l'administration et une réponse au scepticisme de M. Rochoux.

La Salpêtrière avait il y a quinze jours 191 décès pour la semaine ; la semaine dernière, il n'y en a eu que 120 ; c'est une diminution bien manifeste.

Dans l'avant-dernière semaine, les hôpitaux généraux avaient reçu 178 cholériques ; cette semaine, il y en a 290 ; il y a augmentation notable ; mais en analysant ces chiffres, on voit que la différence n'est pas aussi considérable qu'elle paraît au premier abord. Cette différence tient à quatre causes :

1° Les malades de l'intérieur des hôpitaux ont éprouvé une recrudescence qui n'a pas fait monter le chiffre total plus haut qu'il n'était il y a quinze jours, et ce n'était pas une aggravation, mais tout simplement une suppression de la décroissance ; c'est un retour à la semaine précédente, et voilà tout.

2° Les 768 femmes de la Salpêtrière disséminées dans Paris ont fourni

quelques malades aux hôpitaux. C'est un reste de l'épidémie de cet hospice qui s'est trouvé transporté ailleurs.

3° Les communes ont envoyé des malades en assez grand nombre dans certains hôpitaux excentriques, à Beaujon, à Saint-Louis, par exemple. Si Beaujon a eu proportionnellement plus de malades, c'est qu'il est à proximité de dix communes formant ensemble une population de 30.000 âmes ; mais le nombre des malades du premier arrondissement où il est situé n'a pas été modifié. Et ici, nous ferons remarquer que les cas qui nous viennent des commune avoisinant Paris sont très-graves ordinairement ; ce qui tient peut-être souvent à ce qu'il faut faire parcourir aux malades un assez long trajet. Nous avons trouvé chez plusieurs sujets de cette catégorie des altérations aussi graves qu'en 1832.

4° Enfin, il faut mettre en ligne de compte une légère augmentation dans le nombre des cas qui se sont montrés au dehors, dans le voisinage des hôpitaux. A l'Hôtel-Dieu, par exemple, au lieu de 40 cas observés l'avant dernière semaine, il y en a eu 61 la semaine dernière. De même, le nombre des malades pris à l'hôpital a augmenté un peu ; de 6, il y a quinze jours, il est monté à 12 cette semaine.

M. Castel : Si, durant l'épidémie de 1832, on eût demandé aux médecins de Paris : Quels sont vos guides dans le traitement du choléra? quelle aurait été leur réponse? Que répondraient-ils aujourd'hui, si on leur adressait la même question?

La nosographie du professeur Pinel, longtemps et justement en crédit, n'a rien dit de cette cruelle maladie. Cullen, dans sa médecine pratique, dont la traduction était auparavant notre livre classique, a copié Sydenham ; les autres médecins anglais, même les auteurs des traités populaires, l'ont copié ; les écrivains allemands l'ont copié ; Lind, qui avait observé le choléra dans l'Inde, et son traducteur français Thiers de la Chamme, ne l'ont point contredit, D'où vient qu'en France on a procédé par essais? Qui osera contester à nos médecins une grande culture d'esprit? et toutefois ils nous ont placés dans la nécessité d'avouer que lorsqu'il s'est agi du choléra, ils ont cherché des lumières dans les hôpitaux et les amphithéâtres, plus qu'ils n'ont cherché de documents dans les livres.

Ceux que l'observation avait produits, en 1832, amenèrent une trêve dans la recherche des moyens spéciaux et dans la prévention en faveur des astringents. L'épidémie avait à peine cessé, que sur divers points de l'Allemagne, à Berlin, à Varsovie, se répandit le précepte de laisser un libre cours aux déjections. Les médecins de ces contrées ne citaient pas plus Sydenham que je ne l'avais cité. Une triste expérience les avait éclairés. J'en prenais occasion de dire à mes amis : « J'ai dès le com-

« mencement donné le même avertissement à l'Académie ; elle l'a dé-
« daigné. » Messieurs, je ne m'étonne ni ne m'afflige de ces sortes de résistances ; je les supporte sans découragement et sans anxiété. Jusqu'à présent il y a eu pour moi un lendemain.

Dans les aberrations de la médecine au sujet du choléra, la cause n'est point différente de celle qui donne lieu à beaucoup d'autres désappointements. Chaque fait est envisagé d'une manière abstraite ; on individualise les phénomènes. Ainsi, dans le choléra, on ne s'est pas souvenu du soin qu'on apporte à aider l'expectoration dans le catarrhe et dans la pneumonie aiguë.

Les médecins ont méconnu les rapports du choléra avec plusieurs maladies aiguës, notamment avec la plus triviale de toutes, la fièvre. Leurs premières investigations ont eu pour objet de constater ou de mettre en doute l'identité du choléra d'Europe avec le choléra de l'Inde, lorsqu'il suffisait d'admettre une analogie. Le nombre des genres de maladies est fort petit, quand on le compare au nombre des variétés, des modifications. Dans la thérapeutique, les médecins ont attaché trop d'importance à ce qu'ils ont appelé les formes du choléra : même, dans une épidémie, une constante uniformité des symptômes ne se rencontre point chez plusieurs individus. En 1832, trois cents médecins se réunirent dans une salle de Westminster, dans le but de décider si l'épidémie qui régnait à Londres devait être assimilée au choléra asiatique : la question ne fut point résolue. A la fin de l'avant dernière séance, des confrères, en qui je reconnais une haute capacité, élevaient aussi des doutes sur cette prétendue similitude. Ces doutes, ils les fondaient sur ce que, dans l'Inde, le choléra n'est pas toujours caractérisé par des évacuations. Que faut-il pour cela? Que le spasme prédomine. Les auteurs ont signalé un choléra sec.

Quand on juge la pratique de Sydenham dans le choléra, on doit tenir compte de sa prédilection en faveur de l'opium, et cependant voyez la discrétion avec laquelle il l'a prescrit, excepté dans un cas extrême. Au lieu de quelque chose d'absolu, il laisse voir quelque chose de conditionnel : *Exant lato hoc eluvionis penso, medicamentum aliquod paregoricum curationi coronidam imponit....* Ce texte rapporte au narcotique, non le fond de la cure, mais son complément. J'ai pu considérer comme accessoire un moyen auquel on doit avoir recours seulement après que d'autres moyens ont été mis en usage.

J'ai dû classer comme subalterne un agent auquel Sydenham, dans une des maladies les plus aiguës, a assigné un rôle consécutif, et non un rôle d'initiative, un agent dont la puissance est subordonnée à celle d'un autre, un agent qui achève une guérison en partie obtenue, quand il est mis en œvre : *Curationi coronidam imponit.* A une traduction

légitime, notre honorable collègue M. Bouvier a substitué une interprétation exorbitante, lorsqu'il représente l'opium comme le moyen capital, et qu'il réclame pour cet agent la suprématie, oubliant que

Tel brille au second rang, qui s'éclipse au premier.

Après d'abondantes déjections, soit qu'elles aient été spontanées, soit qu'elles aient été favorisées, l'intervention d'un narcotique a-t-elle toujours été nécessaire? Non.

M. Rochoux : Puisque l'on tient à parler de thérapeutique, il me faut, avant tout, vous rappeler qu'en 1852 soixante-dix traitements ont été essayés dans le choléra avec un égal insuccès. Réussira-t-on mieux cette année? Il est permis d'en douter. En attendant, M. Gibert vous conseille de faire une sorte de médecine symptomatique, qui consiste à combattre certains symptômes alarmants. C'est peut-être ce qu'il y a de plus convenable, quand on ne peut rien contre la cause du mal. Mais en me rangeant, faute de mieux, à ce mode de traitement, je ne puis m'empêcher de faire remarquer combien il est précaire. Pour montrer toute ma pensée à cet égard, je dirai que chercher à guérir le choléra en s'attaquant à un symptôme grave, le froid, la cyanose, la diarrhée, les crampes, etc., me semble la conduite d'un homme qui croirait pouvoir faire marcher une montre en en poussant l'aiguille avec le doigt sans avoir rétabli le jeu des rouages. Par exemple, on échouerait bien certainement contre une fièvre intermittente si l'on dirigeait un médicament particulier sur chacun de ces symptômes, qui cèdent tous à la seule administration du quinquina.

Faut-il maintenant me défendre du reproche de scepticisme que m'a adressé M. Bouvier? Dans le cas actuel au moins, la chose n'est pas fort nécessaire, car je crois fermement à l'efficacité de l'évacuation des lieux où règne le choléra comme moyen assuré d'échapper à ses coups. A son égard, la prophylaxie des trois adverbes est parfaitement applicable;

Hæc tria tabificam tollunt adverbia pestem;
Mox, longe, tarde, cede, recede, redi.

Mais il faudra bien se garder de croire que l'abandon des lieux frappés par le choléra agit de la même manière que la diminution des malades dans un typhus né de l'encombrement. Là les sujets portent avec eux le mal; leur accumulation augmente l'énergie morbifère de la contagion. Dans le choléra, où aucun principe contagieux n'existe, on se préserve du mal uniquement parce que l'on quitte le lieu où sa cause s'est produite; et comme elle y est attachée, les émigrants ne l'emportent pas avec eux. Il n'est pas nécessaire de les disperser pour les mettre à l'abri de son atteinte; on les garderait réunis tous ensemble, qu'ils ne seraient pas moins sauvés. Il est bon de savoir distinguer comment la

dispersion agit dans chacun de ces cas, afin de ne pas se faire un argument en faveur de la contagion du choléra, d'un fait qui, bien interprété, ne la prouve en aucune façon.

Quant à la statistique, c'est une fort bonne chose, à la condition cependant qu'elle soit bien faite, comme elle l'a été, par exemple, dans le rapport publié par la préfecture sur l'épidémie de 1832. Elle exige pour cela des documents complets; car, essayée par petits morceaux et d'une manière parcellaire, elle a peu de valeur; elle peut aussi tromper. Ainsi les chiffres de M. Ségalas, sur la mortalité comparative du choléra de cette année avec celui de 1832, ne sont peut-être pas inattaquables. Toutefois ces statistiques fragmentées paraissent nous apprendre que l'épidémie est en décroissance; il faut les accueillir comme *Évangile* aussi vrai que le premier.

Sangsues mécaniques. — M. Poiseuille lit un rapport sur les sangsues mécaniques de M. Alexandre. Ce rapport contient la relation de plusieurs expériences toutes favorables à cet instrument, et se termine par les conclusions suivantes:

1° L'appareil, appelé par M. Alexandre, son inventeur, *Sangsue mécanique*, est un instrument utile. Dans un grand nombre de cas, il peut remplacer les sangsues naturelles; mais il existe certaines circonstances où son insuffisance oblige de recourir à ces annélides.

2° L'application de la sangsue mécanique, pour des personnes étrangères aux connaissances anatomiques, peut, dans des cas rares à la vérité, présenter des inconvénients graves, et, par conséquent, son emploi exige les conseils d'un médecin.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

SÉANCE DU 24 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Choléra. — L'Académie reçoit les communications suivantes relatives au choléra :

M. Brochard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou, adresse une lettre contenant la narration des faits suivants :

Dans la nuit du 30 au 31 mars, arrivée d'une voiture de nourrices de la rue Sainte-Apolline. Dans cette voiture se trouvait une nourrice qui avait déjà la diarrhée en partant de Paris, qui l'eut plus fort encore en route, et qui présenta tous les caractères du choléra dès le samedi. Le lendemain de son arrivée dans la commune de Brunelles, cette femme mourut. Le nourrisson mourut du choléra dans la nuit du dimanche au lundi.

La femme Benoît, nourrice du même convoi, fut prise du choléra à Nogent, le dimanche matin, et mourut le lundi à deux heures. Deux des femmes qui ont soigné la femme Benoît ont été prises du choléra à quel-

ques jours d'intervalle. Une des femmes qui ont soigné la nourrice de Brunelles est également morte du choléra ; mais aucun autre cas ne s'est manifesté dans cette commune.

Mais à Nogent le-Rotrou il y a eu, depuis le 1er avril, plus de trente cas de cholera mortels, et une vingtaine sont encore en traitement.

On n'est pas aussi secondé qu'on le voudrait bien par les personnes qui entourent les cholériques, parce que l'idée de la contagion effraye.

M. Murvile, chirurgien de l'hôpital militaire de Lille, adresse une lettre renfermant les détails suivants :

Le premier malade atteint du choléra dans les environs de Lille habitait une maison malsaine, située à proximité du canal de la Deule. Il est avéré que ce malade n'a eu aucun rapport avec d'autres individus atteints du cholera, et qu'il n'a fait aucun voyage dans des lieux où régnait l'épidémie ; mais la maladie sévissait dans le village de Santes, situé à deux lieues de Lille, près de la petite rivière de la Deule.

Les second et troisième malades étaient des membres de la famille du premier, et habitaient sous le même toit.

Le quatrième malade n'a eu aucun rapport avec les précédents, du domicile desquels le sien était éloigné d'une portée de fusil.

Le cinquième malade habitait une maison en face de celle qu'habitait le quatrième.

Le premier cas de l'intérieur de la ville s'est manifesté dans une rue (de la Boignerie) située près du canal qui communique avec la deule.

Une dame habitant le faubourg de Gand, où regnait avec intensité l'épidémie, vient dans la ville habiter avec sa famille ; pendant trois jours elle ne présente aucun symptôme de la maladie, puis elle est tout à coup prise d'un choléra intense qui la tue dans la journée. Aucun autre membre de la famille n'est affecté.

— M. Burq, externe interne à l'hôpital Cochin, propose, pour faire cesser les crampes, d'entourer les membres et au besoin le tronc, de bandes de cuivre, qu'il désigne sous le nom de *bracelets*. Cet appareil a été expérimenté avec succès, suivant l'auteur, à Cochin, à la Salpêtrière et au Val-de Grâce.

— M. Lemazurier, correspondant de l'Académie, à Versailles, adresse les renseignements suivants sur la marche de l'épidémie dans le département de Seine et-Oise.

Le choléra s'est montré à la maison centrale de Poissy presque en même temps qu'au dépôt de mendicité de Saint denis ; 2 cas de cholera y ont été observés ; 3 se sont montrés dans la ville. A la même époque, c'est-à dire dans la première quinzaine de mars, les communes de Meulan, Conflans Sainte-Honorine de Saint Gratien, de Saint Cloud, de Saint-Germain, d'Argenteuil, de Bizoin, d'Herbey et de Limay ont pré-

senté des cas de choléra, mais dans une proportion très-minime, si l'on compare ce qui se passe maintenant avec ce que l'on observait en 1832 ; la commune d'Argenteuil a seule présenté une exception. Au 4 avril dernier, il s'y était déjà montré sur une assez grande échelle, et 10 décès avaient été observés ; plusieurs avaient eu lieu dans la même maison, le choléra ayant d'abord attaqué un enfant au berceau et ensuite la nourrice.

Quant à Versailles, si favorisé en 1832, il continue, sauf une exception peu importante, à jouir de la même immunité ; 5 cas ont été observés tant dans l'hospice civil que dans la ville. En ville, j'en ai observé un sur une femme de 60 ans, garde-malade, fatiguée par de longues veilles, et qui avait négligé une cholérine datant de quatre jours ; elle a été emportée en moins de vingt-quatre heures. La période algide était complète, si ce n'est que la langue était restée dans l'état naturel, et la réaction n'a pu être obtenue.

La proportion de la mortalité est la même à peu près qu'à Paris.

M. Plouviez (de Lille), envoie un rapport sur le traitement prophylactique du choléra, dont voici les conclusions :

1° Le choléra asiatique a des symptômes avant-coureurs au moins 95 fois sur 100.

2° Le symptôme précurseur qu'il importe le plus de combattre est la diarrhée, quelle qu'en soit la nature.

3° La diarrhée, les vomissements et même les crampes précèdent d'une ou plusieurs heures, et d'autres fois d'un ou plusieurs jours, le froid glacial, la cyanose, la faiblesse ou l'absence du pouls.

4° Quand les évacuations ne discontinuent pas, le choléra ne peut tarder à se développer. Lorsqu'elles se succèdent copieuses, blanches toutes les dix, quinze minutes, le danger est proche. Si elles viennent un peu plus rarement, il peut tarder un ou plusieurs jours ; toutefois, il ne faut pas placer trop de confiance dans cette rareté.

5° Le médecin doit interroger minutieusement son malade, afin qu'il se rende compte des pertes plus ou moins abondantes qui ont eu lieu et du temps précis où les évacuations ont commencé. Il jugera souvent ainsi de la curabilité plus ou moins probable du choléra.

6° L'ipécacuanha et le laudanum de Sydenham sont incontestablement les agents les plus précieux que nous ayons pour attaquer efficacement les préludes de cette cruelle épidémie. L'ipécacuanha doit toujours être mis en première ligne, et, s'il n'est pas un spécifique dans toute l'acception du mot, c'est assurément le médicament le plus certain que nous connaissions.

7° Afin que les personnes étrangères à l'art de guérir pussent un jour apprendre à se mettre en mesure contre ce fléau, il faudrait annoncer

aux populations son arrivée possible et faire une instruction claire, simple, fondée sur les idées exprimées dans le cours de ce mémoire.

Enfin M. Delaroque écrit qu'il considère comme le meilleur mode de traitement du choléra celui composé ainsi qu'il suit :

Dans la cholérine comme dans le choléra, il commence par administrer deux, trois ou quatre onces de sirop d'ipéca étendu dans un bol d'eau de tilleul très-chaude et donnée de quart d'heure en quart d'heure. Une fois que les vomissements provoqués sont bien établis, on cesse l'emploi du sirop et l'on donne de l'eau de tilleul sucrée en grande abondance. Sous l'influence de cette médication, tous les symptômes ont considérablement diminué ou même disparu en trente-six heures. La sueur se montrant communément au bout de quelques heures, on la favorise avec du sirop de coquelicot, que l'on met dans de l'eau de tilleul, et avec une potion laudanisée et éthérée. Si cette médication ne suffit pas pour modérer les « inquiétudes musculaires, » on fait des frictions avec l'éther, le chloroforme et le baume tranquille. On tient le lit chaud.

Le deuxième jour, on n'emploie aucune autre médication, et quand « la chaleur a cessé, » on administre 48 grammes d'huile de ricin, qui, chez presque tous les malades, déterminent de nombreuses évacuations blanchâtres. L'effet du purgatif terminé, on prescrit un quart de lavement avec laudanum 12 gouttes.

Dans tous les cas de cholérine, la guérison ne s'est pas fait attendre plus de deux jours. Sur quatre cas de choléra traités par l'auteur, il n'a éprouvé aucun insuccès. Chez un cinquième malade, qui était expirant quand l'auteur a été appelé, il n'a pas osé mettre la méthode en usage, et la mort a eu lieu.

M. Le Président annonce à l'Académie la mort de l'un de ses membres, M. Lebreton.

M. J. Guérin demande la parole à l'occasion de la correspondance, pour une communication.

M. Le Président invite les membres, qui ont employé le stachys contre le choléra, à faire connaître les résultats qu'ils ont obtenus.

La parole est à M. Cruveilhier.

Emploi du stachys dans le choléra. — M. Cruveilhier : Je n'ai employé le stachys que sur deux malades ; chez l'un d'eux, le stachys a été obstinément repoussé par les vomissements ; il n'a pas été possible de le lui faire garder. L'autre était une femme dans un état algide complet, d'un aspect cadavérique, complétement cyanosée ; cette femme a guéri ; mais je dois ajouter qu'en même temps j'ai employé chez cette femme la méthode rationnelle, c'est-à dire les moyens habituellement usités, les stimulants et les opiacés. Pendant les deux premiers jours, elle ne pouvait rien supporter ; mais plus tard elle a très-bien supporté le stachys,

dont l'influence favorable, dans ce cas, ne paraît pas douteuse. Cette malade a pris en tout 4 litres d'infusion de stachys.

M. Baillarger : Je n'ai pas cru, non plus que M. Cruveilhier, devoir employer le teucrium seul et comme un spécifique. Les trois malades, sur lesquels ce médicament a été essayé, et qui tous les trois ont guéri, ont eu même temps pris de l'opium en lavement, et on a mis en usage, pour amener la réaction, les moyens ordinaires. Le teucrium se trouvait donc ici purement substitué aux tisanes et aux potions excitantes. Sous ce rapport, et dans cette limite, je crois qu'il peut être utile par le double avantage qu'il semble avoir d'être sudorifique et astringent. Je le crois surtout appelé à rendre des services pour arrêter rapidement la diarrhée qui précède si souvent l'invasion du choléra. Une sous-surveillante de mon service est prise d'une diarrhée séreuse très forte, qui résiste pendant deux jours à l'opium et aux tisanes astringentes ; le troisième jour, il y avait encore eu plus de vingt selles dans les vingt-quatre heures : c'est alors que l'infusion du teucrium fut administrée. Le lendemain, il n'y avait plus eu que deux selles, et le second jour de l'emploi de la nouvelle tisane, cette diarrhée avait complétement cessé.

Chez les trois malades atteints de choléra, qui ont pris l'infusion du teucrium, le phénomène le plus tranché a été l'abondance de la sueur. Chez l'un de ces malades, des vomissements abondants survenus pendant la réaction ramenèrent tout à coup un refroidissement général et une prostration extrême ; la tisane fut néanmoins continuée, et la réaction suivie de sueur fut obtenue une seconde fois.

Les vomissements que provoque d'abord l'infusion du teucrium doivent persister d'autant plus que cette infusion est plus forte, et par conséquent plus amère. A la dose de 10 grammes pour un litre, la tisane édulcorée est plutôt agréable que désagréable au goût, et les malades la supportent facilement.

Des trois cas de choléra dont j'ai parlé, l'un était léger et aurait probablement guéri par toute autre médication. Quant aux deux autres cas, outre que le teucrium n'a pas été employé seul, ils ne sauraient suffire pour servir de base à une opinion, et ne peuvent qu'engager à faire de nouvelles tentatives.

J'ajouterai que M. Barth a essayé quatre fois le même médicament à l'infirmerie de la Salpêtrière, et qu'il a échoué dans les quatre cas.

Choléra. — M. Gibert rend compte d'abord en quelques mots des résultats qu'il a obtenus du stachys, auquel il n'attribue pas de supériorité sur les espèces aromatiques indigènes ; puis il continue en ces termes :

J'annonce avec plaisir qu'hier une seule admission nouvelle a eu lieu à l'hôpital Saint Louis.

Le chiffre total de l'hôpital depuis le 10 mars est de 152 cas et 79 décès.

Le chiffre de mon service comprend 82 cholériques, sur lesquels nous avons 39 décès et 17 sortis guéris. La plupart de ceux qui restent sont convalescents. Ces proportions sont beaucoup plus avantageuses que celles du chiffre général de l'hôpital, et sembleraient donner raison à la médication rationnelle ou naturelle sur la médication empirique et surtout sur la médication active.

Ainsi, comme je l'ai déjà dit, dans mes salles, je n'ai employé ni spécifique d'aucune sorte (car le stachys administré à quelques malades ne peut être considéré comme spécifique), ni émission sanguine, ni vomitif, ni purgatif, ni bain d'air chaud ou de vapeurs.

Or, dans d'autres services où des remèdes spécifiques ont été tentés, un relevé du bureau de l'hôpital, établi seulement du 10 mars au 17 avril, donne les proportions suivantes :

Femmes :	Saint-Thomas . . .	18 cas	8 décès.
	P. Gabrielle	1	1
Hommes :	Saint Mathieu . . .	3	2
	Henri IV	13	9
	Saint-Augustin . . .	3	3
	Saint-Louis	11	8

Tandis que dans mes salles, durant le même espace de temps, le bureau a relevé :

Chez les hommes (salle Saint-Charles),	39 cas et	17 décès
Chez les femmes (salle Saint-Jean),	30	12

Assurément on m'accordera bien que ce relevé n'est point à l'avantage des médications empiriques, et que l'on a eu tort, dans la séance précédente, de tant déprécier la méthode naturelle qui, à défaut de spécifique connu et apprécié, doit être assurément regardée comme rationnelle.

Il est curieux de noter que le même résultat avait déjà été obtenu de la grande et cruelle expérience de 1832 où les méthodes empiriques et les médications actives, telles que celle de Broussais, par exemple, avaient donné constamment une proportion de mortalité plus grande que les autres.

M. Mérat : Le stachys n'a jamais été donné comme spécifique ; c'est seulement un moyen capable de concourir avec les moyens externes à la guérison du choléra ; il peut aussi le prévenir en combattant avec efficacité la cholérine. Je dois prévenir l'Académie que j'ai écrit dans le Midi pour me procurer cette plante fraîche ; dans quelques jours, j'espère en recevoir, et je la tiendrai à la disposition des pharmaciens et de l'Académie.

M. J. Guérin : Me trouvant, il y a quelques jours, à Amiens, M. le docteur Rigollot, médecin de l'Hôtel-Dieu de cette ville et membre cor-

respondant de l'Académie, me parla d'un malade traité dans son service pour un cas de cholérine caractérisée, lequel, venant de Paris, aurait communiqué le choléra à son frère, dont il avait reçu les soins deux ou trois jours avant son entrée à l'hôpital. Ce fait me parut important. J'engageai notre honorable confrère à s'enquérir des circonstances qui pouvaient lui donner de l'authenticité. Il s'adressa à M. le docteur Alexandre, médecin des épidémies du département, qui s'était rendu sur les lieux et avait recueilli avec le plus grand soin toutes les particularités relatives à ce cas. Mais quelle ne fut pas ma surprise lorsque j'appris de M. le docteur Rigollot qu'au lieu du frère de son malade seulement, huit personnes de la famille du militaire avaient éprouvé le choléra immédiatement après son passage, et que six en étaient mortes en quelques jours. M. Alexandre, dans une lettre très-circonstanciée, me confirma ces faits. Les faits relatés dans cette lettre sont si importants que l'Académie en écoutera sans doute la lecture avec intérêt. (M. J. Guérin donne lecture de cette lettre.)

M. Martin-Solon : Dans les communications que l'Académie a entendues, il y a deux points principaux à considérer. Le premier est relatif à la période prodromique du choléra, dont l'existence ne saurait plus être contestée aujourd'hui ; 99 fois sur 100 elle existe ; c'est donc une chose bien établie ; il n'est pas moins bien établi qu'il importe beaucoup, comme notre collègue M. J. Guérin a cherché à l'établir, de s'attacher à prévenir le choléra en attaquant la cholérine. Voilà pour le premier point. Voici pour le second. S'il est un fait relatif au choléra sur lequel les médecins soient d'accord, c'est que le choléra n'est pas contagieux. Cependant, depuis quelques jours, je remarque que quelques médecins semblent enclins à accueillir des faits contraires à cette opinion. Je crois qu'il y a dans cette tendance un danger. Je dis cela à l'occasion du fait qu'a exposé M. le secrétaire dans l'analyse de la correspondance. Les faits de ce genre perdraient en grande partie la valeur qu'on leur accorde si on les examinait avec plus de soin. Il ne me paraît pas possible, par exemple, qu'en vingt quatre heures, la nourrice dont il est question dans la lettre de M. Brochard ait pu communiquer la maladie à toute une population. C'est là évidemment de la coïncidence. Cette population était déjà sous l'influence de l'épidémie, celle-ci n'a commencé à sévir qu'après l'arrivée de cette femme, mais je ne pense pas du tout qu'on doive lui en attribuer l'invasion. Avant de donner de la publicité à des faits de cette nature, il faut être très-sûr de leur exactitude, car ce serait là une opinion très fatale.

M. J. Guérin : Je demande la parole.

M. Velpeau : Je ne suis pas, pour ma part, de l'avis de M. Martin-Solon. Mon opinion à l'égard de la contagion du choléra est peut-être en

dehors de celle de tout le monde ; mais je crois qu'il y aurait de l'imprudence à discuter cette question en ce moment.

M. Rochoux : Le reproche d'avoir cherché à déprécier la méthode dite *rationnelle* ou plutôt de tâtonnement, *a juvantibus et lædentibus*, ne s'adressant qu'à moi, il faut bien montrer qu'il n'est pas fondé. Pour cela, il me suffit de rappeler que, dans la dernière séance, j'ai considéré cette méthode comme étant, vu l'absence de tout traitement méthodique, un assez tolérable pis-aller ; mais je n'ai pas pu m'empêcher de dire que c'était là un traitement vraiment précaire. Dans un petit travail sur l'épidémie de 1832, j'ai parlé comme je fais à présent, et l'expérience actuelle n'est pas, ce me semble, trop défavorable à ma façon de penser.

Un mot maintenant sur la contagion du choléra. Si cette opinion avait la vérité pour elle, il faudrait le déclarer franchement ; car toute vérité non-seulement est bonne à dire, elle est encore ici-bas le vrai bien, et par conséquent toujours désirable. Si donc je m'élève contre la contagion du choléra, c'est parce que, chercher à la défendre, c'est vouloir propager l'erreur. Il ne me sera pas difficile de vous en convaincre.

La contagion d'une maladie se prouve par le danger attaché à l'approche des malades. Or il n'y a pas plus d'inconvénients à soigner des cholériques qu'à panser une fracture de cuisse. Voyez, au contraire, ce qui se passe par rapport au typhus nosocomial : médecins, confesseurs, élèves, infirmiers, infirmières, etc., sont pour la plupart atteints du mal qu'ils s'exposent à contracter. C'est ce qu'a présenté, comme toutes les autres, la dernière épidémie d'Irlande. Mais dans le choléra, rien de pareil ne s'observe ; il n'est donc pas contagieux.

M. Velpeau : Je crois devoir insister sur mon observation de tout à l'heure. Il est très-prudent, en ce moment, de laisser M. Rochoux avoir raison. J'engage donc de nouveau l'Académie à ne point entrer plus avant dans cette discussion.

M. Émery : Ce qui s'est passé récemment au dépôt de Saint-Denis prouve contre l'opinion de la contagion. Le 27 février, 15 individus sont soudainement pris de choléra ; 5 meurent dans les premières vingt-quatre heures. Parmi les détenus qui sont en contact avec les cholériques, aucun ne contracte la maladie, et cependant il n'y a pas de localité plus mal placée sous le rapport des conditions hygiéniques. L'encombrement y existe au plus haut degré ; les lits se touchent et sont tous occupés en ce moment. L'alimentation est suffisante sans doute, mais elle n'est pas ce qu'elle devrait être en temps de choléra. Autre exemple. En 1832, le choléra se déclare dans une caserne de pompiers ; tous les pompiers sont immédiatement dispersés en d'autres lieux, et dans aucun des quartiers où ils ont été évacués, le choléra ne s'est développé.

Je crois que l'on peut opposer avec avantage ces faits aux faits incomplets que l'on invoque en faveur de la contagion.

M. J. Guérin : Plusieurs de nos collègues me paraissent s'être mépris sur le sens de la communication que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie. Je lui demande donc la permission de lui dire ce que j'ai entendu faire et ne pas faire. Dans la question de la contagion, il y a une question scientifique, et passez-moi le mot, une question politique. La question scientifique est fort importante. Jusqu'ici les faits propres à l'éclairer dans le sens de la contagion ont eu rarement la précision et l'authenticité désirables. Ceux dont je viens de rendre compte à l'Académie me paraissent, au contraire, réunir toutes les conditions de faits précis et certains. En me chargeant de les transmettre à l'Académie, je n'ai pas eu la prétention de discuter, et encore moins de résoudre la grave question qu'ils peuvent éclairer ; j'ai voulu simplement donner à nos honorables confrères d'Amiens et à la science un témoignage de mon impartialité. Pour ce qui est du côté politique de la question, je pense qu'il est prudent de le réserver pour un moment où la discussion pourra en être plus libre et plus opportune.

M. Collineau : Il y a à Saint-Lazare deux divisions : l'une qui renferme une population jeune et robuste, celle des filles publiques, l'autre composée de femmes âgées pour la plupart et cacochymes. Or c'est dans la division des filles publiques seules qu'il s'est manifesté quatre ou cinq cas de choléra. Il ne s'en est manifesté jusqu'ici aucun cas dans l'autre division, bien qu'on y ait reçu plusieurs individus venant du dépôt de Saint-Denis. Je ne prétends pas par là que le choléra ne puisse pas se communiquer, mais je crois que c'est très-exceptionnellement.

M. Castel : Lorsque j'ai pris la parole, dans la séance de mardi derniér, je n'avais pas encore lu dans le *Bulletin* la citation de quelques passages des œuvres de Sydenham par notre honorable collègue M. Bouvier ; ils se rapportent à des situations ou particulières ou exceptionnelles. Ils ne changent point les éléments de la thérapeutique proposée par Sydenham.

Notre collègue a essayé de placer une exception au-dessus de la règle, et une modification en dehors du fond. « Si (locution toujours condi-« tionnelle) le médecin n'arrive auprès du malade que lorsqu'il est déjà « épuisé par les vomissements et les déjections, que lorsque les extré-« mités sont froides, il faut recourir sur-le-champ au laudanum. » La maladie a parcouru sa première période ; dans quel but s'attacherait-on à provoquer ou à favoriser les évacuations ? Elles ont eu lieu par les seuls efforts de la nature ; faut-il appeler, poursuivre un résultat déjà obtenu ? Il en est autrement dans le temps de l'invasion ; alors cette évacuation, *curatur partim evacuando*, *partim diluendo*, reçoit une juste application. Je ne pense point que les difficultés qu'on ren-

contre souvent soient un motif suffisant de la repousser ou de l'abandonner.

Pour justifier le commentaire auquel il s'est livré, notre collègue prétend que Sydenham n'avait pas vu le choléra de l'Inde. Messieurs, le choléra d'Europe et le choléra de l'Inde ne forment point deux genres séparés ; ils offrent des degrés, des variétés, des modifications, des proportions du plus au moins ; toutefois le genre est un. Tracerez-vous, quant au genre, une ligne de démarcation entre la dyssenterie des climats chauds et la dyssenterie des autres climats ?

Dans l'épidémie de choléra de l'année 1676, Sydenham prescrivait de traiter les enfants en bas âge par le laudanum seul. En invoquant ce fait à l'appui de la préférence à accorder aux narcotiques, notre collègue ne s'est assez souvenu ni de la facilité avec laquelle les enfants vomissent ni de la susceptibilité de leurs nerfs. Enfin une dernière objection contre la méthode diluente est celle-ci : « Pas un mot du lavage pour cette « année 1676 ; sans doute parce que la maladie, plus violente, se rap- « prochait davantage de notre choléra indien (1). » Le texte va répondre à cette assertion :

« Quamlibet autem hic morbus non aliam a recepta medendi ratio- « nem sibi vendicabat, anodyna tamen fortiora, eaque sæpius ingerenda « quam alias solebam, omnino indicabantur. » Or quelle est cette méthode déjà admise ? quel est le traitement adopté dans les épidémies qui avaient précédé l'épidémie de 1676 ? Je cite. Après avoir dépeint les effets pernicieux des cathartiques, Sydenham ajoute : « Et, si ex adverso « medicamentis narcoticis aliisque astringentibus in ipso statim limine « primum humoris impetum compescerem, dum naturali evacuationi « obsisterem, æger inimico visceribus incluso, bello intestino indubie « conficeretur.... »

Après avoir mis à nu les différences qui existent entre l'exposition littérale des préceptes de Sydenham et les déductions établies par un de nos collègues, je m'empresse d'avertir que le rang que les membres de l'Académie occupent dans la science est toujours pour moi une raison de croire à leur sincérité. Un écrivain célèbre a dit : « Parmi les éléments « sublimes dont se compose un talent supérieur, le premier de tous, « c'est l'amour du vrai. »

M. Bouvier : Les faits d'Amiens et autres semblables n'auront quelque valeur à mes yeux que lorsqu'on aura prouvé qu'il y a eu autre chose qu'une simple coïncidence, et qu'il n'y avait pas en même temps une influence épidémique.

M. J. Guérin : Il y a eu, dans les cas que j'ai rapportés, autre chose qu'une simple coïncidence. D'abord, dans la localité où est venu le mi-

(1) Voy. le *Bulletin de l'Académie*, avril 1849.

litaire, il n'y avait ni cholérine ni choléra ; de plus, les cas développés immédiatement après son arrivée l'ont été sur les membres de sa famille et ses voisins, et sur aucune autre personne ; enfin, après l'accomplissement de ces cas, on n'a plus observé dans la localité ni cholérine ni choléra. Il n'y avait donc pas d'influence épidémique, et l'ensemble de ces faits offre bien au plus haut degré d'évidence le caractère d'une cause en rapport avec ses effets.

M. Dubois (d'Amiens) : Je pense, comme M. J. Guérin, que l'Académie ne doit pas en ce moment aborder la discussion de cette question ; ce n'est pas par conséquent sur le fond de la question que je prends la parole, mais pour demander que les faits communiqués par nos confrères d'Amiens soient accueillis et renvoyés à la commission du choléra.

M. Bégin : Je suis d'un avis précisément opposé à celui de M. le secrétaire perpétuel. Je ne comprends pas, lorsqu'on sait les immenses inconvénients qu'il peut y avoir pour les malheureux malades à propager les idées de contagion, comment on ose proclamer publiquement les faits qui peuvent ébranler l'opinion contraire, et que des médecins ne craignent pas de communiquer ces faits. S'ils étaient vrais, il faudrait encore les taire par humanité, à plus forte raison faut-il les garder pour soi quand ils ne prouvent rien. Je propose à l'Académie de passer à l'ordre du jour, en déclarant que les faits tendant à démontrer la contagion du choléra ne sont ni assez nombreux ni assez bien observés pour ébranler en quoi que ce soit l'opinion contraire, généralement admise.

M. Dubois (d'Amiens) : Nous avons dit, avec M. Guérin, que la question devait être réservée ; nous sommes d'accord à cet égard avec M. Bégin. Mais de ce que les faits ne sont pas assez nombreux pour juger la question, est-ce une raison pour les rejeter, comme le propose M. Bégin ? Ce n'est pas mon avis. Je rappellerai d'ailleurs que ces renseignements émanent de correspondants de qui l'Académie les a sollicités.

M. J. Guérin : Je ne puis m'empêcher de protester contre la manière dont on veut étouffer cette discussion, et annihiler les faits que j'ai communiqués. Ces faits sont positifs, et ils prouvent bien tout ce qu'on a eu en vue de prouver. En admettant, comme je l'ai reconnu, qu'il est prudent de retarder la discussion sur la contagion du choléra, je ne saurais partager la manière de voir à l'aide de laquelle on prétend l'écarter tout à fait. L'observation des grandes épidémies que nous avons traversées a démontré, à n'en pas douter, que le choléra, dans l'immense majorité des cas, n'est pas contagieux. Est-ce une raison pour nier ou pour dénaturer les faits qui tendent à démontrer la contagion comme fait exceptionnel ? Je crois, pour mon compte, qu'il y a plus de danger à vouloir induire le public en erreur sur ce point qu'à lui dire ce qu'il en

est. Je ne comprendrais pas, d'ailleurs, qu'on voulût nous réduire au silence, et qu'on prétendît saper la vérité de cette façon.

M. Bouvier : Je demande la permission à l'Académie de continuer à lui communiquer le mouvement des hôpitaux et de la ville pour la semaine dernière.

Total des nouveaux cas du 16 au 22 avril.	383
Semaine précédente	471
Différence	88
La Salpêtrière seule	78
Semaine précédente.	150
différence	78

Elle est de moitié, et la population d'une semaine à l'autre n'a pas diminué d'un douzième.

Les autres hospices ont le même nombre, 25 chaque semaine.

Hier 23 avril, à la Salpêtrière, 1 seul cas ; la veille, 13 ; le jour d'avant, 5, et auparavant 2. Sauf les oscillations, la décroissance est graduelle et constante depuis le 6.

Comparée à la première invasion de 1832, l'épidémie de la Salpêtrière a présenté une période de croissance de douze jours du 20 mars au 31, jour du maximum, 52 cas ; un état stationnaire de six jours, du 31 mars au 5 avril ; le maximum des décès tombe le 4 avril à 47. En comptant pour les décès, la période de croissance serait de seize jours, allant jusqu'au 4 avril. Enfin, la décroissance compte actuellement dix-huit jours.

Quoique l'épidémie paraisse terminée, on doit agir dans la prévision d'une recrudescence et continuer les congés.

Hôpitaux : total de la semaine.	280 cas.
Semaine précédente.	290
Différence.	10

La banlieue a envoyé 8 malades de moins que l'autre semaine à Beaujon et à Saint-Louis. Il y a donc pour les malades de Paris égalité de nombre à très-peu de chose près.

Cas déclarés dans l'intérieur.	83
Il y en avait eu l'autre semaine	86

Sauf la semaine d'avant, qui n'en avait eu que 49, il y a de ce côté état stationnaire depuis le commencement, les deux premières semaines ayant donné 85 et 90.

Malades de l'extérieur.	197
Semaine précédente.	204
Différence.	7

Différence réduite à 0 pour ce qui a déjà été dit.

Mais la répartition de ces nombres dans les deux semaines semblerait indiquer une tendance à la décroissance. Sur ces quatorze jours, la moyenne des entrées est

Pour les quatre premiers, de.	26 par jour.
Pour les six suivants, de	32 —
Et retombe pour les quatre derniers à . .	26 —

Le chiffre d'hier 23 avril, qui est de 18, est favorable à cette supposition, dont la réalité ne pourra être reconnue que dans le cours de cette semaine.

Les décès suivent des proportions analogues à celles des nouveaux cas.

		semaine précédente.
Salpêtrière.	52 décès.	120 décès.
Autres hospices . . .	13 —	16
Hôpitaux	146 —	143
	211	279

Les décès cholériques à domicile, dont la moyenne était de 18 par jour du 7 au 12 avril, ont été en moyenne, par jour, de 32 du 13 au 20. Un seul jour, le 17, il y en a eu 46.

Le nombre des décès en ville égale à peu près (depuis le 13 jusqu'au 20) celui des décès des hôpitaux et hospices, dont la moyenne est de 32 ou 33 dans ce même intervalle. Le total des décès jusqu'au 20 est de 542 ; c'est moins pour tous les habitants cholériques à domicile que pour la Salpêtrière.

L'Hôtel-Dieu a eu dans la semaine 12 cas dans l'intérieur comme la semaine précédente, et 50 cas de l'extérieur au lieu de 61 ; les décès sont en même nombre, 28.

A Beaujon, 29 cas (compris le 23 avril), dont 8 de la banlieue et 15 déclarés dans l'hôpital ; 8 morts. On a justement dit qu'avec toutes les apparences de salubrité, il y a eu proportionnellement plus de cas à l'intérieur qu'à l'Hôtel-Dieu ; seulement il faut établir la proportion par rapport à la population, non aux cas de l'extérieur.

SÉANCE DU 1er MAI. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

Emploi de la glace au début de la fièvre typhoïde. — M. Wanner adresse la lettre suivante :

Depuis que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie une notice sur l'emploi de la glace, sans aucune autre médication ni aucune boisson, au début de la fièvre typhoïde, j'ai eu à enregistrer de nombreux cas, tant de moi que d'autres confrères, de M. le docteur Lachaize, avant son départ pour la Sologne, et de M. le docteur Vignol, qui, d'après ce que j'avais déjà publié, ont bien voulu l'employer.

L'action avantageuse de la glace est si prompte dans cette maladie, malgré la gravité des symptômes, que, d'après l'expression du docteur Vignol, on avait à peine le temps d'en prendre l'observation.

En effet, et il faut l'avoir expérimenté pour y croire, depuis plus de deux ans que j'administre cette médication, sur 150 malades environ qui présentaient au début tous les caractères de la fièvre typhoïde, tous, sans exception, ont été guéris au bout de vingt-quatre, trente-six heures; ceux qui ont été le plus longtemps malades n'ont pas dépassé cinq jours.

L'emploi de la glace est très-facile : le malade en avale nuit et jour, toutes les cinq minutes, un morceau de la grosseur d'une noix jusqu'à complète guérison. Aussitôt que la fièvre a cessé, il éprouve un dégoût très-marqué; malgré cela, je lui en fais continuer l'usage encore pendant vingt-quatre heures, et il est guéri. J'emploie aussi sur le front des compresses continuelles d'eau à la température de la glace fondue.

La promptitude de la réussite de ce moyen, qui, d'après ce que j'ai pu expérimenter, est, à mon avis, le seul qui puisse juguler à leur début non-seulement les fièvres typhoïdes, mais encore toutes les affections aiguës des voies digestives, m'engage de nouveau à en faire part à l'Académie non seulement dans un but de science, mais encore d'humanité, afin que les médecins des hôpitaux, s'ils le jugent convenable, puissent en faire l'application et acquérir la certitude de ce que j'avance.

Choléra. — MM. Levrat, Pointe, Gensoul et Brachet (de Lyon), donnent des détails sur un cas mortel de choléra qui s'est développé à Lyon chez un conducteur des messageries venant de Paris, et qui n'a eu aucun mauvais résultat ni pour les personnes qui ont soigné le malade ni pour le reste de la ville.

M. Brachet ajoute que si Lyon a été préservée de l'épidémie en 1832, et si elle doit l'être encore en 1849, c'est que l'épidémie a une période d'augmentation, d'état et de déclin, et qu'elle a eu ces trois périodes en 1832 avant d'arriver à Lyon, et qu'elle les aura de même en 1849, puisque déjà l'épidémie se meurt à Paris.

Ces quatre correspondants, du reste, sont conduits à repousser, par tous les faits venus à leur connaissance, toute idée de contagion.

M. Frestel (de Saint-Lô) propose le mercure comme agent de préservation et de traitement dans le choléra; il se fonde sur la propriété antiplastique si connue du mercure. Vu la difficulté de faire pénétrer un composé mercuriel dans l'économie, il propose, comme préservatif, de faire usage d'un petit tube rempli de mercure que l'on tiendrait entre les dents à la manière des cigarettes, et de pilules à base de mercure tous les quatre jours. Dans le cas de choléra confirmé, on placera sur la bouche du malade de temps en temps l'extrémité libre de l'appareil à éther, dans le récipient duquel on aura mis une certaine quantité de mercure

dont on activera la volatilisation à l'aide d'un bain de sable.

M. le docteur Wageninge envoie une lettre renfermant le modèle en papier d'un emplâtre de résine de sapin, qu'il suffit d'appliquer sur sa poitrine pour se préserver du choléra. Cet emplâtre a préservé le roi de Prusse, dit l'auteur, ainsi que tous ceux qui l'ont porté.

M. le docteur Delaporte, correspondant de l'Académie, à Vienoutiers (Orne), écrit que le choléra ne règne point aux environs d'Alençon, comme on l'a dit par erreur dans le public.

M. le docteur Stiévenard (de Valenciennes) rend compte à l'Académie des informations qu'il a pu recueillir sur la marche du choléra dans cette ville, et particulièrement sur la contagion. Le premier cas de choléra qui s'est manifesté dans l'arrondissement de Valenciennes a eu lieu chez une femme qui n'avait pas quitté le pays, et qui par conséquent n'avait eu aucun rapport avec des cholériques. Les personnes qui lui ont donné des soins ont été entièrement exemptes de la maladie.

Parmi d'autres exemples d'immunité pour les personnes qui ont soigné des cholériques, M. Stiévenard rapporte le fait suivant :

Un enfant de 5 ans environ est atteint par le choléra. Arrivé à la période algide, ses parents font tout pour le réchauffer : leurs soins furent inutiles. Sur le conseil d'un médecin qui ne croit pas à la contagion, ils placent entre eux le petit patient. La chaleur ne tarde pas à revenir, la réaction se prononce et la convalescence se dessine franchement. Malgré le contact immédiat, le père, la mère et un autre enfant au sein, qui a passé la nuit dans le même lit, sont exempts de toute atteinte cholérique.

L'auteur termine sa lettre en disant que, comme beaucoup de ses confrères qui ont vu de près bon nombre de cholériques, il est profondément convaincu que le choléra n'est pas contagieux.

M. Lepetit (de Poitiers) adresse un mémoire intitulé : *Recherches sur la nature du choléra.*

Le choléra, suivant l'auteur, est une maladie nerveuse produite par une diminution de l'électricité dans l'atmosphère. Il propose comme préservatif, à défaut de l'électrisation journalière par la pile, qui ne lui paraît pas exécutable, l'usage du phosphore en inhalations pulmonaires.

M. Bonnafous, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'Arras, fait savoir que, contrairement à ce qui s'est passé à l'hôpital du Midi, dont les habitants ont joui jusqu'ici d'une sorte d'immunité contre le choléra, les premiers cas de choléra qui ont paru à l'hôpital militaire d'Arras se sont déclarés dans les salles des vénériens. Sur 19 cas de choléra qu'il a eu à traiter, les 5 premiers ont atteint 5 hommes affectés d'ulcères syphilitiques qui étaient en traitement par le biiodure de mercure. Tous les 5 ont succombé en peu de temps. Sur les 14 autres, 7 se sont déclarés

dans les salles des fiévreux et 7 dans les casernes. Il y a eu 2 décès seulement.

M. Ravin (de Saint-Valery-sur-Somme) rend compte à l'Académie de la marche du choléra dans l'arrondissement qu'il occupe. Avant d'apparaître sous une forme plus grave, dit l'auteur, le mal avait existé sous celle-ci : les évacuations alvines étaient accompagnées de cardialgie avec nausées, vertige et malaise général. On a vu le mal passer de famille en famille par les individus malades. D'autres fois, sa transmission a paru inexplicable ; c'est probablement, ajoute-t-il, parce qu'on a négligé de tenir compte des chelérines.

M. Junod adresse la lettre suivante, relative au traitement du choléra :

L'épidémie cholérique qui règne actuellement étant de nature à faire ressortir les avantages des révulsifs les plus puissants, lorsque la maladie est arrivée à sa période de réaction, avec congestion cérébrale, je crois devoir rappeler à l'Académie les bons effets de mon procédé de puissante dérivation, que j'ai constatés tant en 1832 que dans l'épidémie actuelle. Ce moyen convient surtout toutes les fois qu'il se manifeste de la céphalalgie ou de la dyspnée, ce qui a presque toujours lieu quand il y a réaction, d'autant plus qu'il est maintenant démontré que les saignées n'ont pas tout le succès qu'on en attend.

— L'ordre du jour appelle la suite des communications sur le choléra.

M. Gibert : L'épidémie a eu une nouvelle recrudescence depuis peu de jours à l'hôpital Saint-Louis. Hier, dans l'après-midi, ont été reçus 10 malades nouveaux, dont 3 avaient déjà succombé ce matin avant la visite.

Le relevé du bureau de l'hôpital, arrêté hier soir, donne un chiffre total de 194 cas, sur lesquels 99 décès et 50 sorties.

Sur ce chiffre, ma part pour mes deux salles (hommes et femmes) est 93 cas ; 33 guérisons sorties et 41 décès ;

Tandis que la réunion des autres services donne 101 cas, sur lesquels 58 décès et seulement 17 sorties.

Vous voyez que dans cette statistique, dressée par le bureau d'administration et soustraite à toute préoccupation médicale, tout l'avantage continue à être pour la médication *naturelle* ou hippocratique ; ce qui ne nous empêche pas assurément d'applaudir aux efforts et au zèle persévérant de ceux de nos confrères qui cherchent dans une autre voie des ressources plus assurées.

M. Bouvier communique les documents suivants :

La diminution a porté cette semaine sur tous les totaux partiels, et non sur le total général et sur quelques nombres seulement, comme la semaine d'avant.

D'abord :

Total des cas.	292	des décès :	169
Au lieu de.	382		211
Différence en moins.	71		42

Sur ces totaux :

Salpêtrière : Nouveaux cas.	23	18 décès.
Au lieu de . .	78	52 —

C'est le tiers. La semaine d'avant, ce n'était que moitié moins que la précédente.

Autres hospices . .	16 cas	12 décès.
Au lieu de.	25 —	13 —
Enfin, hôpitaux . . .	255 —	139 —
Au lieu de.	281 —	146 —
Différence . .	37 cas	7 décès.

Les nombres journaliers des hôpitaux comparés aux précédentes journées ont presenté des vicissitudes singulières. On se rappelle l'incertitude où nous avait laissés la semaine précédente. La décroissance qui commençait allait-elle continuer ou s'arrêter ?

Cette décroissance a continué, mais les trois premiers jours seulement. Elle était tellement prononcée que le troisième jour, 25 avril, la marche rétrograde de l'épidemie l'avait reportée à vingt jours en arrière ; le 25, il n'y a eu que 20 cas ; il faut remonter au 5 avril pour trouver un chiffre aussi bas.

Mais le quatrième jour, 26 avril, les cas ont doublé : au lieu de 20 il y en a 40. Même chiffre le 27 ; puis 52, 55 les 28 et 29 avril.

Ce dernier nombre, 55, est, à une unité près, le maximum atteint jusque-là, qui tombait le 13 avril où le nombre des cas avait été (cette seule fois) de 55 ; celui des décès de 29. Le 29 avril a 31 decès. Après douze jours de decroissance progressive, les nouveaux cas et décès sont remontés en quatre jours au maximum dont ils étaient déjà bien éloignés.

Malheureusement ce maximum a encore été dépassé hier 30 pour les nouveaux cas ; il y en a 69. Il est vrai qu'il n'y a que 26 morts, et ce dernier chiffre est le plus positif, parce que diverses circonstances font varier la proportion journalière des cas légers, déclarés comme choléra.

Les cas de l'interieur des hôpitaux sont

Au nombre de.	74	
Au lieu de	83	la semaine précedente.
Différence	9	
Ceux de l'extérieur de . .	179	
Au lieu de	197	
Différence. . . .	18	

Les uns et les autres offrent, dans les nombres journaliers, des variations assez exactement proportionnelles à celles de leur total. Ils ont

également doublé le 26 avril. Cependant ce sont surtout les cas de l'extérieur qui ont augmenté les jours suivants.

L'Hôtel-Dieu a eu dans la semaine :

	68 cas de l'extér.	18 cas intér.	Total : 86 et	38 décès.
Au lieu de 50 —	—	12 — —	62	28 —

Ici il y a eu augmentation dans toutes les colonnes, d'une semaine à l'autre. La marche ascendante n'a été bien prononcée qu'à dater du 27 avril.

Beaujon a eu beaucoup moins de cas à l'intérieur que la semaine précédente, et à peu près autant de l'extérieur. La majorité est toujours fournie par la banlieue.

J'ajouterai maintenant quelques mots sur un médicament que je suis en train d'expérimenter. Les révulsifs à l'intérieur sont, comme on le sait, à peu près généralement employés avec toutes les méthodes. En 1832, on s'est servi des orties ; comme il n'est pas possible de s'en procurer en ce moment, je me suis servi d'une légumineuse, le *dolichos urens*, qui produit une urtication beaucoup plus énergique ; je l'ai essayé chez trois femmes, et les effets jusqu'ici m'ont paru assez favorables.

M. Lagneau : Ce moyen a été employé en 1832, par M. Baudrimont, avec avantage.

M. Gérardin : Je concevrais l'intérêt de ces communications si le choléra était une maladie nouvelle, si nous n'avions pas la vaste expérience de 1832. Tous ces détails sur l'augmentation et la décroissance de l'épidémie ne nous apprennent rien. Quant aux différentes questions soulevées à l'occasion de ces communications, on a eu tort de se préoccuper de l'influence qu'elles pourraient avoir sur l'opinion publique et de les retirer de l'ordre du jour. La question de la contagion est jugée depuis 1832 ; la preuve, c'est qu'on a renoncé partout en Europe aux mesures sanitaires que l'on avait cru devoir mettre en usage en 1831. Quant à l'emploi des orties dont vient de nous entretenir M. Bouvier, il n'y a non plus là rien de nouveau ; j'ai vu employer ce moyen partout, en Allemagne, En Russie, on y a renoncé depuis comme à tant d'autres moyens. Au total, nous voyons que nous ne sommes pas plus avancés aujourd'hui qu'en 1832, et qu'on doit s'estimer très-heureux quand on guérit 1 malade sur 2. C'est tout ce qui m'a paru ressortir jusqu'à présent de nos discussions.

M. Rochoux : On observe mieux dans les petites localités la marche des maladies contagieuses. Quand ceux qui reproduisent à chaque instant cette assertion se seront donné la peine de faire connaître les raisons sur lesquelles ils peuvent l'appuyer, je ne manquerai pas de les combattre, si, comme je le pense, elles n'ont aucune valeur. En atten-

dant, je répondrai à une affirmation par une autre en sens opposé, me contentant de dire : on observe mieux dans les grandes villes, et surtout à Paris, que dans les petites localités ; en outre, on y conclut plus logiquement, comme je vais le prouver.

Parmi les faits de contagion découverts dans une petite localité, M. Guérin vous a cité celui d'un père frappé du choléra quarante huit heures après avoir reçu chez lui son fils atteint de cette même maladie. Eh bien! il y a évidemment là absence de contagion. En effet, toutes les maladies vraiment contagieuses, telles que la syphilis, la variole, le vaccin, la rage, la morve, etc., ont un temps d'incubation plus ou moins prolongé, dont le minimum dépasse quatre jours. J'en conclus hardiment, à l'opposé de notre collègue, que le choléra, dans le cas dont il s'agit, n'a pas été transmis d'un sujet à l'autre.

Faut-il maintenant vous parler de l'urtication et de l'emploi du *dolichos urens*, connus comme moyens curatifs du choléra? Si la chose pouvait en valoir la peine, je vous rappellerais qu'en 1852 l'inutilité de l'urtication a été parfaitement démontrée. Quant au dolichos, sa gousse est recouverte d'un poil court et fin avec lequel les négrillons, dans les Antilles, s'amusent à se faire de ces niches qu'un médecin se respectant un peu ne se permettra jamais avec ses malades.

M. Velpeau : Je demande en grâce que la question de la contagion ne se produise pas. Ce serait faire aux partisans de la contagion une provocation peu généreuse ; moi, par exemple, qui suis contagioniste, je déclare que je ne répondrai pas. D'autres membres se trouveraient dans la même position.

M. Gérardin : Qu'est-ce qui empêche qu'on mette la question de la contagion à l'ordre du jour ?

M. Velpeau : Le danger. Quand même l'Académie exprimerait à l'unanimité moins une voix une opinion contraire à la contagion, je dis qu'il y aurait danger à discuter cette question ; car celui qui aurait une opinion différente de celle de la majorité aurait sans doute à faire valoir des arguments dont l'opinion publique ne manquerait pas de se préoccuper

M. Velpeau : L'Académie entend-elle discuter sur cette question? (Oui, oui).

M. Gérardin : Il y a eu jusqu'à présent un tel désordre dans la discussion, que je voudrais voir reprendre les uns après les autres tous les points qui se rattachent à l'histoire du choléra.

M. Velpeau : Faites-vous une proposition ?

M. Gérardin : Je demande qu'on régularise la discussion.

M. Collineau demande la parole sur cette question ; il est interrompu par M. le président, qui déclare qu'il n'accordera la parole à personne sur ce sujet, à moins que l'Académie en décide autrement.

Plusieurs voix : Ce n'est pas une proposition.

M. Moreau : Je fais une proposition : c'est qu'on se borne à recueillir actuellement des observations, et qu'on ne discute qu'après la disparition du fléau.

Une voix : Il sera bien temps !

M. Gibert : J'avoue que je ne comprends pas qu'on propose le renvoi de la discussion après la cessation de l'épidémie ; c'est on ne peut plus illogique. Qand une discussion peut-elle avoir plus d'opportunité, si ce n'est au moment même où sevit l'épidemie?

M. Velpeau : Je crois que, pour concilier toutes les opinions, il conviendrait de renvoyer à la commission toutes le communications relatives à la contagion, et d'ouvrir la discussion sur les autres points.

M. Bouvier : L'Académie, à l'unanimité, a prié M. le secrétaire de demander à l'administration communication des chiffres officiels des cas de choléra et de la mortalité ; j'ai dû conclure de là que ces chiffres intéresseraient l'Académie ; or l'administration n'ayant pas répondu, j'ai cru bien faire de communiquer les documents que j'ai pu me procurer. Si je me suis trompé, je cesserai ces communications.

En attendant, voici les chiffres des décès de la ville. (On rit.)

Les décès à domicile du 21 au 25 présentent une moyenne par jour de 20.

Ils paraissent avoir un peu augmenté le 27 ; mais je ne possède pas de renseignements précis au delà du 25.

M. Bubois (d'Amiens) : Je dois à l'Académie des explications sur la démarche que j'ai faite en son nom auprès de l'administration. La demande de l'Académie a été parfaitement accueillie ; j'ai fait voir les tableaux hebdomadaires des naissances et des decès publiés par les soins de l'administration de la ville de Londres, comme modèle à suivre ; il m'a été répondu qu'on n'avait pas un personnel suffisant pour publier un pareil tableau tous les jours, mais on m'a promis qu'on nous communiquerait un travail très-étendu et très-exact tous les mois.

Uu mot maintenant sur la motion d'ordre de M. Gérardin. L'Académie a agi très-régulièrement en accueillant toutes les communications qui lui sont faites tant par ses correspondants que par ses membres. Maintenant, on demandera peut-être ce que fait la commission. D'abord la commission a été longtemps privée de tout document. Grâce aux soins de votre bureau, des documents très nombreux et très-importants sont maintenant en sa possession. Il sera possible, à l'aide de ces documents, de faire un rapport préalable sur l'épidémie des départements du Nord. C'est ce que la commission fera prochainement par l'organe de notre honorable collègue, M. Guéneau de Mussy.

M. Joly demande à donner quelques explications sur la proposition

qu'il a faite dans l'une des précédentes séances. En proposant d'emparer une commission de la partie pathologique du choléra, il a entendu que cette commission eût à s'occuper de tout ce qui concerne cette épidémie: étiologie, marche, traitement, etc. Il ne comprend pas les difficultés que l'on a opposées à sa proposition et demande si le conseil d'administration l'accepte oui ou non.

M. Velpeau : Une commission existe. On ne peut pas en instituer une nouvelle.

Méningite cérébro-spinale. — M. Michel Lévy lit un mémoire sur la méningite cérébro-spinale qui a régné au Val-de-Grâce en 1848 et 1849.

Ce travail est divisé en deux parties ; dans la première, l'auteur trace l'histoire de l'épidémie et décrit avec détails tout ce qui est relatif à l'invasion, à la marche, aux symptômes et au traitement de la maladie. Dans la seconde partie, il examine et discute la question de nosologie qui a été récemment soulevée, savoir, s'il y a ou non identité entre l'affection actuellement désignée sous le nom de méningite cérébro-spinale et le typhus de 1844.

L'auteur déduit de la discussion, à laquelle il se livre sur ce sujet, une conclusion contraire à l'opinion de l'identité.

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

21. *De la contagion relativement au typhus fever et au choléra* ; par le docteur John George Erench.

(London medical Gazette.)

L'auteur demandant un jour à un éminent praticien, attaché à un hôpital de Londres, ce qu'il pensait de la contagionabilité du *tyghus fever*, celui-ci lui répondit : « Avant 1836 j'aurais dit : *non* ; depuis 1836 je dis hardiment : *oui.* » C'est que plusieurs épidémies avaient permis à ce praticien (qui n'est pas désigné dans le Mémoire) d'étudier ce sujet de près et avec grande attention, et que des faits positifs de contagion étaient venus ébranler une incrédulité qu'on pouvait appeler d'*éducation.*

M. George Erench croit aussi à la contagion du typhus fever, et il en cite un exemple remarquable. C'était en 1831 ; un individu atteint du typhus entra à la maison da travail de Saint-

James. Aucun cas, ni de cette affection, ni même d'aucune des maladies répandues dans la paroisse, n'existait dans cette maison. Cet homme mourut deux jours après son entrée. Trois jours après, le gardien qui l'avait soigné fut emporté par la même maladie. Dans la même semaine, deux individus qui avaient aidé le gardien dans les soins donnés au premier malade, prirent le typhus à leur tour et en moururent également. A partir de ce moment, la maladie se répandit dans la maison et atteignit 22 personnes.

L'auteur rapporte encore un autre exemple de contagion assez frappant, mais moins concluant que le premier en ce qu'il n'est pas dit clairement que la localité ni même la maison qui reçut le malade infecté fussent exemptes en ce moment de toute influence épidémique. Le fait capital mérite d'être noté, en ce que toute une famille qui avait approché le malade (il s'agit d'un Irlandais récemment arrivé à Londres) fut ravagée par le typhus.

Relativement au choléra, voici les faits invoqués par l'auteur à l'appui de la contagion.

En 1832, à l'*hôpital du choléra* de Saint-James, confié alors à la direction de M. French, le premier cas admis était celui d'une femme de 30 ans qui avait soigné sa mère atteinte du choléra et mort la veille. Ce fait, considéré isolément, n'a pas une grande signification contagioniste, parce qu'il est passible de l'éternelle objection de l'influence épidémique. Rien n'assure, en effet, que la malade de l hôpital, au lieu d'avoir pris la maladie de sa mère, ne l'ait pas puisée à la même source, c'est-à-dire à la source commune de l'épidémie régnante. Mais voici un autre fait plus concluant.

Deux jours plus tard, *aucun cas de choléra ne s'étant développé encore dans l'hôpital*, l'influence épidémique par conséquent étant jusque là absente, une petite fille de 9 ans, cholérique, est admise à une heure ; elle est visitée et frictionnée par une femme de service, âgée de 40 ans, d'une vigoureuse constitution et connue pour ses habitudes tempérées. Vers cinq heures, cette femme est prise de choléra, et emportée en treize heures. On pourra se prévaloir, il est vrai, de la courte durée de l'incubation pour nier la transmission contagieuse; mais nous ne croyons pas très-fondée, en bonne philosophie médicale, cette prétention de déterminer à l'avance, et par voie analogique, la durée d'incubation de toutes les maladies contagieuses, On n'a connu la durée moyenne de l'incubation de la variole ou de la syphilis qu'en s'assurant du même coup que ces maladies étaient contagieuses ; car c'est le même fait d observation qui établit à la fois

ces deux points de doctrine. Qu'on veuille donc bien rechercher d'abord expérimentalement si le choléra peut se transmettre ; et s'il le peut en effet, il faudra bien accorder à l'incubation telle durée que l'expérience aura démontrée possible, fût-elle même de quelques heures seulement.

Quant au troisième cas rapporté par l'auteur, il est analogue à celui qui tout à l'heure concernait le typhus fever et que nous disions être passible de l'objection tirée de l'influence épidémique. Un homme est pris de choléra, ainsi que plusieurs de ses camarades, pendant qu'il travaillait à Paddingtou. On le ramène à son domicile. Deux jours après, sa femme, qui l'avait soigné, est prise à son tour, et successivement trois autres personnes occupant l'étage au-dessus de celui qu'il habitait. Ce fait est analogue à ceux que citait M. Velpeau dans la dernière séance de l'Académie de médecine ; on ne peut le donner comme un argument sans réplique en faveur de la contagion ; néanmoins il est imppssible de ne tenir aucun compte, ne fût-ce que pour s'exciter à cette sage réserve scientifique qui dispose à accepter la vérité d'où qu'elle vienne et quelle qu'elle soit, de cette remarquable coïncidence de l'arrivée d'un cholérique dans une maison et du développement presque immédiat du fléau dans cette même maison, à commencer par la personne qui avait donné des soins au malade.

---

22. *Cas de pneumonie aiguë* ; par le docteur Sunter.
(Dublin medical Press.)

Dans le numéro d'octobre de *Dublin medical press*, l'auteur avait rapporté une observation de pneumonie aiguë, où se trouvait l'indication suivante : « A la base et même vers le milieu de la région latérale gauche du thorax, la respiration est généralement très-faible, parfois absolument nulle, et l'on entend un bruit semblable à celui que produirait de l'eau tombant goutte à goutte dans un bassin. Une fois, on eût dit qu'une ouverture faite au poumon permettait à l'air de pénétrer dans la cavité de la plèvre et produisait un bourdonnement analogue à celui qu'on perçoit quand on applique sur l'oreille un coquillage marin ; sur toute cette région, le son était tympanique.... Ces signes physiques, semblables à ceux du pneumothorax, étaient probablement produits, soit par une portion d'air entrée dans le stéthoscope par le bout inférieur, lequel n'aura pas été hermétiquement appliqué contre la paroi thoracique, soit par le mouvement des gaz contenus dans l'estomac. Néanmoins, je ne puis expliquer le son tympanique rendu à la percussion *qu'en admettant la présence*

dans la cavité pleurale d'une certaine quantité d'air venu du poumon. »

L'auteur, depuis l'époque où il publiait cette observation, a eu l'occasion de consulter divers ouvrages anglais qui l'ont ramené à une opinion moins exclusive sur l'étiologie du pneumothorax et l'explication des bruits stéthoscopiques liés à cette maladie, notamment du tintement métallique. Il croit maintenant, avec le docteur Graves, que la phlegmasie du poumon peut, à elle seule et en l'absence de toute perforation de l'organe, amener un développement de gaz dans la plèvre ; et, puisque le tintement peut avoir lieu dans ces cas, il en infère naturellement que la théorie qui explique ce bruit particulier par le passage de bulles d'air venant crever à la surface d'un liquide est trop absolue.

L'auteur ne semble rien connaître des nombreux travaux qui ont été publiés tant en France qu'en Allemagne sur ce point d'étiologie et de diagnostic. La possibilité d'un développement spontané de gaz, d'une sorte de sécrétion gazeuse, dans la plèvre, n'est admise que par un petit nombre d'auteurs ; mais presque tous accordent qu'une petite quantité de liquide sécrété par la plèvre, surtout si ce liquide est purulent, peut, en se décomposant, engendrer rapidement des gaz, et qu'ainsi le pneumothorax peut avoir lieu sans perforation du poumon. Mais l'absence de perforation exclue-t-elle la formation du tintement métallique? Voilà où la dissidence s'établit entre les auteurs. Les uns regardent la présence d'une fistule pulmonaire comme absolument nécessaire à la production du tintement, ce bruit étant produit, suivant eux, par des bulles d'air fournies par les bronches et venant à la surface du liquide épanché. Pour ces auteurs, comme on voit, la production du tintement exige deux conditions, à savoir l'existence d'un épanchement en même temps que d'un hydrothorax, et la situation déclive de la fistule par rapport au liquide épanché. D'autres soutiennent, et nous le croyons, avec toute raison, que le tintement métallique se produit dans des cas où il n'existe pas d'épanchement pleural, et dans d'autres cas où, l'épanchement existant, l'ouverture de la fistule pulmonaire est située au-dessus du niveau du liquide. Ces faits ont naturellement conduit les auteurs à bon nombre de théories différentes de la précédente, et dont la plus plausible nous paraît être celle qui attribue le tintement à des bruits bronchiques résonnant au milieu d'une cavité remplie d'air. Telle a été vraisemblablement la cause du bruit noté dans l'observation de M. Sunter.

---

23. *Obstruction particulière de intestins ;* par M. Donovan.

(Dublin medical Press.)

La maladie des pommes de terre qui exerce de si grands ravages en Irlande a donné lieu à une affection singulière, dont l'auteur a recueilli plusieurs observations, et qu'il ne sera pas sans intérêt de connaître dans tous les pays où la même cause règne.

Chez plusieurs individus placés au sein de ces conditions, il s'est formé dans le rectum une masse volumineuse de matières, incapable de traverser l'anus par le mécanisme ordinaire de la défécation. Des enfants et des hommes de 40 à 50 ans y ont été également sujets. Des ténesmes, des évacuations de sang par l'anus, la rétention d'urine sont les symptômes de cet accident. L'abattement général qui les accompagne pourrait, en présence de pareils phénomènes locaux, en imposer pour une dyssenterie ; mais un signe précieux lèvera tous les doutes. Il s'exhale alors du corps des malades une odeur d'aigre comparable à celle des pelures de pommes de terre en fermentation (substance dont usent les tisserands, dans les manifactures de toiles grossières).

Une fois cette odeur reconnue, il faut examiner le rectum et employer un moyen mécanique pour déloger la masse qui en bouche l'orifice. Le manche d'une cuiller d'étain est celui dont l'auteur s'est le plus souvent servi. L'obstruction une fois vaincue peut encore se reproduire et exiger pendant quelques jours la répétition de la même manœuvre, aidée de lavements d'eau chaude.

M. Donovan explique l'accident de la manière suivante.

Dans les pommes de terre malades, la pelure adhère si fortement à la substance farinacée du tubercule, qu'il est impossible ou du moins très-difficile de l'en détacher. Par conséquent, ceux qui en font usage avalent une grande quantité de ces pelures qui s'accumulent dans les intestins, où elles forment ces masses que nous venons de décrire.

L'auteur ajoute que cette obstruction a aussi été très-commune dans l'automne de 1846, par suite de l'alimentation avec du froment bouilli.

---

24. *Du froid intense, ou de la congélation comme remède aux maladies* ; par M. J. Arnott.

(London médical Gazette.)

On s'est trop accoutumé, en médecine, à ne voir dans le froid qu'un agent morbifique susceptible de produire la gangrène ; et l'histoire de ce puissant modificateur, considéré sous le rapport

thérapeutique, est encore presque toute entière à faire. M. J. Arnott commence par insister sur ce point de vue ; il fait sentir quelle différence existe, quant à leur action physiologique, entre l'application prolongée du froid à toute une partie du corps ou à tout le corps, et la réfrigération momentanée d'une seule région au milieu d'autres tissus où la circulation persiste et favorise son rétablissement dans l'organe, un instant stupéfié par la soustraction de calorique.

Conséquent à ces principes, l'auteur a déjà employé plus de cent fois la congélation temporaire au soulagement ou à la cure de certaines maladies. Un membre soumis à cet abaissement de température reste insensible sous le couteau qui le sillonne ; et il est digne de remarque, selon M. Arnott, que les plaies faites dans ces conditions prennent ensuite un excellent aspect et se cicatrisent plus aisément.

Mais les affections où cet auxiliaire rend les meilleurs services sont celles dans lesquelles il y a simultanément lésion du système vasculaire sanguin et des nerfs. Les maladies cutanées se placent ici au premier rang. Celles que l'auteur a traitées ainsi ont offert si promptement un changement favorable, que ce phénomène lui suggéra une autre explication sur le mode d'action du froid. Il pensa que, dans le prurigo de même que dans la gale, ce sont des parasites dont la présence entretient l'irritation ; et le refroidissement n'opéra la guérison qu'en les privant de vie. — Un *prurigo pudendi* des plus incommodes fut dissipé par deux congélations, chacune de trente secondes de durée, après l'emploi essayé préalablement sans succès des moyens vulgaires de traitement préconisés par la routine.

La congélation au degré qui vient d'être spécifié peut être produite par le mélange frigorifique ordinaire de glace et de sel. Cependant on aura parfois besoin, pour des cas particulieurs, d'en préparer d'un pouvoir plus grand.

Le moyen le plus commode d'employer cet agent est de plonger un morceau de glace dans du sel, et de l'appliquer ensuite en contact intime avec la partie. La congélation s'opère alors en une demi-minute.

Mais quand la surface à refroidir est irrégulière, il faut placer un peu de glace et de sel pilés sur un linge ou sur un morceau d'éponge ; ou bien encore on peut maintenir le mélange appliqué sur la partie au moyen d'un anneau, d'un cercle profond, d'un vase sans fond en gutta percha ; ces instruments doivent seulement être pourvus d'un tube pour donner issue au liquide qui se forme à mesure que la glace fond.

L'application sur la peau de glace ou d'eau très-froide est d'abord douloureuse; mais le mélange frigorique suspend immédiatement la sensibilité.

L'auteur a employé ce remède pour la carie dentaire et dans un cas de ptyalisme mercuriel : le tout sans occasionner de souffrance. Seulement quand la congélation commence, il se développe durant quelques secondes une sensation pénible de contraction, proportionnée au degré de refroidissement produit. — Dans le cas de ptyalisme, les douleurs du malade (qui depuis deux nuits n'avait pas fermé l'œil) furent apaisées par une seule application.

— Il n'est pas douteux que ces intéressantes pratiques ne contribuent à répandre l'usage d'un moyen thérapeutique dont la médecine s'est trop privée jusqu'ici. Déjà nos chirurgiens militaires avaient récemment cherché à réhabiliter les applications de glace dans les grands traumatismes par armes à feu. Mais il faut remarquer qu'ils la maintiennent constamment, avec continuité; et c'est là une différence fondamentale d'avec la pratique de M. Arnott. Cette diversité, du reste, paraît s'expliquer par le but particulier que se proposent les uns et les autres; car le médecin anglais ne paraît guère attendre ni réclamer de sa congélation momentanée autre chose que la sédation des douleurs nerveuses et l'adoucissement palliatif de celles dont la cause réside dans une altération plus profonde des tissus.

---

25. *Sécrétion des calculs phosphatiques guérie à l'aide d'injections*; par M. Balman.

(London médical Gazette.)

Les urologistes connaissent bien, et ont signalé dans tous leurs ouvrages, une disposition de la vessie qui complique la lithotritie et rend ses suites beaucoup moins simples. Souvent la muqueuse de l'appareil urinaire est frappée d'une inflammation spéciale qui lui fait sécréter d'abondants produits de phosphate de chaux. Le succès obtenu par l'auteur dans le cas suivant apporte un secours très-précieux contre cet état dont le traitement était encore bien imparfait.

M. Balman ayant affaire à un malade chez qui cette sécrétion anormale existait très-prononcée, et dont l'urine était rendue comme demi-fluide par le mélange de la matière phosphatique, lui prescrivit d'abord une décoction de pareira avec de l'acide nitrique dilué.

Au bout de dix jours, l'urine demeurant alcaline et la matière

calcaire sortant toujours en même quantité, on remplaça l'acide nitrique qui augmentait l'irritabilité de la vessie par l'acétique, et plus tard par le phosphorique donné de la même manière.

Ce dernier agent réussit surtout à rétablir le ton de l'estomac et à diminuer la quantité de mucus mêlé aux urines. Mais pour corriger la sécrétion phosphatique, M. Balman imagina d'injecter dans la vessie un mélange de dix gouttes d'acide chlorhydrique sur 125 grammes d'eau distillée. Il n'en résulta pas de souffrance ; mais une rétention d'urine en fut la conséquence, par suite de la coagulation que l'acide produisit dans la partie albumineuse du mucus morbide. Cette masse coagulée se présentant dans l'urèthre empêcha en effet l'urine de sortir : il fallut employer la sonde, qui favorisa l'expulsion de grumeanx volumineux de cette nature.

Averti par cet accident, l'auteur recommença ensuite les injections, mais avec une dose d'acide beaucoup plus faible. Depuis lors, une grande amélioration eut lieu ; les injections furent continuées sans aucun accident. A partir du jour où l'on pratiqua la première, il ne sortit plus ni gravier ni substance calculeuse ; l'irritation vésicale s'atténua considérablement, l'appétit et les forces revinrent ; enfin l'urine reprit sa réaction acide normale.

---

26. *Traitement des ulcérations du col utérin par la solution de coton-poudre* : par M. Mitchell.

(Dublin medical Press.)

On emploie habituellement dans ces maladies les attouchements avec la pierre infernale pour permettre à la solution de continuité de se cicatriser à l'abri de la couche protectrice que l'eschare lui forme. Mais souvent le but est dépassé et la cautérisation provoque une inflammation fâcheuse. C'est par la considération de semblables accidents que M. Mitchell a été conduit à appliquer le collodion au traitement des ulcérations utérines.

Voici comment il procède.

La femme étant placée sur le côté gauche et le spéculum introduit, on essuie la surface ulcérée successivement avec plusieurs morceaux de linge jusqu'à ce qu'elle soit entièrement débarrassée du mucus adhérent qui la recouvre. Alors un pinceau de poil de chameau trempé dans le collodion est porté sur l'ulcération ; et l'on attend environ deux minutes pour l'y laisser sécher complétement. On en dépose ainsi deux ou trois couches l'une après l'autre, si cela est nécessaire. Le premier contact détermine une

légère sensation de brûlure causée par l'éther, puis un refroidissement dont l'évaporation rend compte.

Il faut renouveler le même pansement au bout de quarante-huit heures, parce que la sécrétion qui se rassemble sous ce vernis finit par le détacher. Dans les cas de simple abrasion, trois applications ont été suffisantes.

Si la maladie est plus obstinée, s'il existe des granulations volumineuses, l'auteur emploie en premier lieu le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, ou la potasse fondue, et dépose ensuite par-dessus l'eschare une couche du mélange siccatif. Il dit avoir réussi par ce procédé à guérir des ulcères étendus dans un espace de temps moindre de moitié que celui qui aurait été nécessaire sans l'auxiliaire du collodion.

Dans la vaginite sans ulcération, une couche de collodion étendue sur les parois du conduit enflammé diminue de beaucoup la douleur, qui résulte des moindres frottements.

---

27. *Du ptyalisme mercuriel et des moyens de le guérir;* par le docteur MAXWELL.

(The medical Times.)

Il s'agit d'une courte note où l'auteur indique la manière dont il emploie le mercure toutes les fois qu'il veut produire une action résolutive et le moyen à l'aide duquel il combat le ptyalisme mercuriel. Prenant pour exemple un cas d'ophthalmie dont la nature n'est pas spécifiée, il indique, comme base du traitement, l'administration de 5 grains de calomel, de 5 grains d'iode et d'un grain d'opium, à prendre le matin. Le soir, même dose de calomel et d'iode et 2 grains d'opium. Les jours suivants, chaque matin et chaque soir, la dose d'opium est augmentée d'un grain, celle des autres substances ne variant pas, jusqu'à production de la salivation. Celle-ci établie, il la combat à coup sûr, dit-il, et en triomphe rapidement au moyen du tartrate antimonié de potasse administré à doses fractionnées et étendu dans une très-grande quantité de liquide bien chaud. La dose totale n'est pas indiquée. La note ne contient du reste aucun autre renseignement en dehors de ceux que nous venons de reproduire.

---

28. *De la quinine comme antidote du choléra;* par le docteur MAXWELL.

(The medical Times.)

Sous ce titre un peu audacieux, nous nous attendions à trouver au moins le résumé d'un bon nombre de cas de bon et vrai choléra guéri par le sulfate de quinine. Point du tout. L'auteur

rappelle, non sans quelque raison, que la fièvre pernicieuse revêt quelquefois une physionomie assez semblable à celle de certaines formes de choléra, et se traduit par de l'anxiété précordiale, une coloration bleue des extrémités, des vomissements opiniâtres, etc., et que, dans ces cas-là, le sulfate de quinine, administré à haute dose, est souverainement efficace. C'est là un point de vue qui n'est pas nouveau d'abord, et qui ensuite n'est pas aussi juste qu'il peut le paraître au premier abord. Oui, dans une fièvre pernicieuse, la peau peut devenir bleue, les extrémités se refroidir, les vomissements s'établir avec violence. Et quel est même le symptôme grave qui ne puisse se montrer dans une fièvre pernicieuse? Mais au-dessus de ces diversités phénoménales, il y a autre chose ; et cette autre chose gouverne la thérapeutique : c'est l'intermittence. Or l'intermittence, c'est l'expression spéciale, le caractère spécifique de la cause essentielle de la fièvre, et c'est à cette cause, quelle qu'elle soit, et non à l'arrêt de la circulation ou au vomissement, que s'adresse le quinquina. Il faut se défier en général de ces analogies pathologiques fondées uniquement sur quelques manifestations extérieures des maladies, sans préoccupation de leur signification étiologique. La thérapeutique y puise rarement d'utiles inspirations.

---

29. *Cas remarquable de menstruation et de grossesse précoces;* par M. J. Smith.

(London médical Gazette.)

Les exemples de grossesse prématurée ne sont point rares; mais il s'en faut cependant que tous ceux dont les livres classiques fourmillent aient été aussi authentiquement constatés dans leurs circonstances importantes que celui dont M. J. Smith a été témoin.

Il s'agit d'une enfant nommée Julia-Amélia Sprayson, dont l'oncle fut condamné aux dernières assises de Coventry pour avoir commis sur elle un attentat, dont elle portait à cette époque les conséquences. Cette fille, de 5 pieds de stature (pied anglais), d'un caractère assez bien formé pour son âge, est née le 13 février 1836. Elle fut menstruée à 10 ans et demi, et les règles coulèrent périodiquement depuis lors. Après avoir été séduite, elle ne tarda pas à devenir enceinte, et accoucha à terme d'un enfant vivant le 16 septembre 1848. La conception eut donc lieu à l'âge de 11 ans et 10 mois.

Le travail fut assez court: la sécrétion laiteuse s'établit régu-

liérement et continua au point que cette fille songeait à utiliser sa situation pour se placer comme nourrice.

L'enfant, au moment de la naissance, était long, mince et émacié, au-dessous du volume ordinaire. Cette circonstance, que l'auteur incline à attribuer à l'alimentation insuffisante de la mère pendant sa grossesse, peut bien effectivement tenir à une pareille cause; mais il est positif, d'autre part, qu'elle n'a pas peu contribué à rendre l'accouchement facile et sans accident. Il paraît du reste que le bassin sembla à l'auteur avoir les dimensions ordinaires.

---

30. *Ophthalmie des femmes en couches;* par le docteur Mac-Whinnie.

(London med.-chir. transactions.)

Obs. — Une dame de quarante ans, qui avait eu plusieurs fausses couches, et qui avait été délivrée, le 7 mars dernier, d'un enfant de quatre mois, mort dans l'utérus, et qui s'y était décomposé, fut prise, à la suite de l'expulsion du fœtus, d'accidents généraux assez graves, parmi lesquels il faut placer l'inflammation des parties contenues dans l'orbite du côté droit. Cette inflammation était survenue deux ou trois jours après l'avortement. Lorsque l'auteur fut appelé, le globe de l'œil était plus saillant que celui du côté opposé, et l'on pouvait craindre la formation d'un abcès derrière cet organe. La cornée, qui avait perdu en grande partie sa transparence, était presque entièrement cachée sous la conjonctive tuméfiée et d'un rouge écarlate, qui tendait et soulevait les paupières. On avait appliqué des sangsues, fait des onctions de belladone, administré du calomel joint à l'opium, scarifié çà et là la conjonctive, pour faire cesser le chémosis. La malade avait été affaiblie par des hémorrhagies utérines, que l'on avait cependant réussi à arrêter avec le seigle ergoté et les applications froides. Vingt jours après, M. Farre fut appelé auprès de la malade; il constata que la chambre antérieure était considérablement augmentée de volume; l'iris jaunâtre, couvert de lymphe plastique, adhérait à la capsule cristalline; la pupille obstruée par la lymphe plastique; autrement dit, la vue était entièrement perdue. Déjà, à cette époque, l'extrémité inférieure droite commençait à devenir douloureuse; déjà il y avait de l'œdème sur le pied et vers la grande lèvre correspondante. Les collections purulentes ne tardèrent pas à se montrer sur différentes parties du corps, sur le membre inférieur droit, au voisinage du genou, à la face dorsale des avant-bras, près du poignet. Le mollet droit fut surtout le siége d'une

collection purulente, renfermant une grande quantité de pus. Les abcès formés autour du genou furent ouverts aussitôt que possible, mais pas assez tôt cependant pour empêcher l'infiltration du pus dans le tissu cellulaire du membre. Le 12 avril, on constata de la fluctuation et de la douleur dans le genou droit, avec une sensation de raclement lorsqu'on faisait mouvoir les surfaces articulaires les unes sur les autres. Le 23 mai, l'état de la malade était des plus alarmants : elle était réduite à un état de faiblesse et d'amaigrissement extrême ; elle avait de la toux, de la diarrhée ; les téguments de la région sacrée commençaient à se ramollir. Le membre inférieur fut placé dans un appareil inamovible ; de nouveaux abcès furent ouverts et donnèrent issue à des flots de pus. Mais aussitôt que l'écoulement purulent eut été facilité par les contre-ouvertures, les forces et l'appétit reparurent, et la suppuration diminua. Après plusieurs mois de soins, la malade a fini par guérir complétement, conservant toutefois une ankylose du genou, mais sans flexion du membre, et ayant perdu la vue du côté droit. Le globe de l'œil était converti en un moignon informe, offrant le même aspect que lorsque les humeurs ont été évacuées à la suite d'une ulcération de la cornée ou de la sclérotique. La malade peut s'appuyer facilement sur le membre droit, malgré un léger déplacement en dehors, que le tibia a éprouvé dans la formation de l'ankylose.

---

31. *Observation de rupture d'un kyste de l'ovaire, suivie de péritonite et de mort onze semaines après* ; par le docteur W. Bird Herapath.

(Edinb journ. of med.)

Le fait suivant est un exemple de rupture du kyste de l'ovaire assez intéressant, en ce que la péritonite n'a pas offert la marche foudroyante qu'elle offre dans la plupart de ces cas de perforation, quoique les matériaux épanchés offrissent un caractère irritant pour la membrane séreuse et fussent en grande partie solides. On trouve également dans cette observation des détails curieux sur la composition chimique des substances renfermées dans quelques-uns de ces kystes.

Une femme de vingt-trois ans accoucha, au mois de mars 1847, de son premier enfant. L'accouchement était prématuré, mais il ne présenta aucune difficulté ; le fœtus était mort depuis quelques jours. Le rétablissement fut rapide ; mais, une quinzaine après, la malade s'aperçut d'une tumeur, du volume d'une orange, mobile et douloureuse, située du côté droit de l'abdomen, dans la fosse iliaque. Cette tumeur continua à augmenter

lentement de volume pendant une année. Les douleurs allaient toujours en augmentant ; la malade se plaignait particulièrement de douleurs dans les lombes et d'une sensation de poids et de pesanteur dans le bassin. Il y a environ onze semaines, elle fit une chute, dans laquelle frappa la tumeur contre une pierre. Immédiatement syncope, vomissements et symptômes d'affaiblissement général. Les accidents aigus de la péritonite disparurent rapidement sous l'influence d'un traitement approprié. Mais il resta de l'ascite, des douleurs violentes et continuelles, qu'exaspéraient principalement les contractions de l'intestin. L'ascite disparut lentement, et fut remplacée par l'œdème des extrémités inférieures. Lorsque l'auteur fut appelé auprès de cette malade, le 19 mai 1848, il la trouva dans un état de faiblesse déplorable : l'œdème remontait jusqu'à la région lombaire ; le ventre extrêment sensible à la pression, avec matité à la région pubienne et iliaque droite, et une espèce de tumeur mal définie, un peu en avant du cœcum ; le pouls presque insensible à 164; la langue rouge et couverte d'aphthes; la voix éteinte, la face anxieuse ; les évacuations alvines répétées ou involontaires, d'une odeur très fétide. La mort eut lieu deux jours après. L'*autopsie* montra les parois abdominales et les intestins liés entre eux par des adhérences noirâtres et gangréneuses. Il n'y avait plus de trace du grand épiploon. Le foie adhérait au diaphragme par de fausses membranes fibrineuses et d'origine ancienne. Dans un point de la cavité abdominale, entre les surfaces séreuses, on trouvait une cavité, circonscrite de toutes parts pnr des adhérences, espèce de kyste, renfermant un liquide séro-purulent, au milieu duquel nageaient des débris de matière grasse, semblable à celle qu'on trouva dans le kyste de l'ovaire. Les organes pelviens eux-mêmes étaient soudés par des adhérences solides. Du côté droit, il existait un kyste volumineux qui aurait pu contenir une pinte et demie de liquide, et qui renfermait une matière séro-purulente, avec de petites masses de matière grasse, onctueuse. Ce kyste présentait une déchirure à sa partie supérieure, déchirure de 3/4 de pouce de long, obturée par les adhérences du cœcum et de quelques anses de l'intestin grêle. Ce kyste était situé imm diatement derrière la vessie, et remplissait presque complétement la cavité du bassin, s'élevait, par une extrémité pointue, jusqu'au niveau du détroit supérieur du côté droit. C'est en ce point qu'avait eu lieu la rupture A gauche, il adhérait à l'S du colon; en arrière, au rectum ; en avant, à la vessie ; inférieurement il reposait sur le rectum, et repoussait l'utérus en avant et à gauche. Il n'existait aucune

trace d'os ou de dents dans l'intérieur du sac. La matière grasse et onctueuse, d'un blanc-jaunâtre, que renfermait le kyste, avait une odeur fétide, et était entremêlée de nombreux cheveux ; elle contenait en outre quelques globules de pus. Dans l'eau froide, elle surnageait ; chauffée à 28°, elle fondait en partie, et prenait la consistance et l'odeur du fromage rôti. Les cheveux que l'on sépara, en faisant bouillir la matière grasse dans un nouet de mousseline, et en pressant ce nouet de manière à faire sortir la matière grasse par les pores du linge, étaient frisés, d'une couleur rouge tirant sur le brun ; quelques-uns étaient presque blancs. Ces cheveux étaient pourvus en partie de bulbes, tous pointus à une de leurs extrémités ; quelques-uns avaient deux ou trois pointes ; leur longueur variait de demi-pouce à deux pouces ; quelques-uns étaient fins et soyeux, mais, pour la plupart, ils avaient l'aspect des poils du pubis ou de l'aisselle chez l'adulte. L'analyse quantitative de la matière grasse montra qu'elle était composée, sur 100 parties, de 84,69 d'élaïne, soluble en très-grande partie dans l'éther froid : de 11,68 de margarine (margarate de glycérine) ; de 1,24 de matière extractive et de chlorure de sodium ; et de 2,39 de cellules épidermiques avec cheveux. Quant aux matériaux inorganiques, il n'y avait que des traces de carbonate et de phosphate de soude, de carbonate et de phosphate de magnésie, de phosphate de fer et de sulfate de chaux. Le sulfate de soude et le chlorure de sodium figuraient pour 0,209 ; le carbonate de chaux et le phosphate tribasique de chaux, chacun pour 0,243 ; la silice et le carbone, pour 0,139.

32. *Abcès du pancréas* ; par le docteur FLETCHER.

(Provincial medical journal.)

OBS. — Au mois de septembre dernier, M. Fletcher a présenté à la Société pathologique de Birmingham une pièce anatomique intéressante : c'est un abcès du pancréas, recueilli sur une personne qui était malade depuis 1846. Ce malade, qui était fort adonné à la bonne chère et chargé d'embonpoint, avait maigri peu à peu ; il se plaignait de douleurs vives à l'épigastre, de distension du ventre après le repas, et d'une douleur sourde et continue, s'étendant d'un hypochondre à l'autre. La constipation était rebelle, et le malade n'éprouvait de soulagement que lorsque les purgatifs avaient amené des évacuations abondantes ; il y avait en outre des vomissements de temps en temps. On examina l'abdomen avec le plus grand soin ; mais les parois abdominales étaient si grasses qu'on n'ût pu rien découvrir, existât-il

une grosse tumeur. Plus tard, lorsque l'amaigrissement eut fait de grands progrès, on n'en découvrit pas davantage. Vers la fin du mois de mai, le malade tomba dans un état de faiblesse tel, qu'il fut forcé de garder la chambre. Vers la fin de juin, la constipation fut remplacée par du dévoiement ; il y eut des garde-robes très fétides, en partie fournies par du sang décomposé. Quoique le malade mangeât beaucoup, il ne tarda pas à tomber dans la fièvre hectique. Il succomba le 25 août.

A l'*autopsie*, on trouva le foie volumineux, congestionné et un peu granulé, la rate saine ; le pancréas augmenté de volume et transformé en un vaste abcès où l'on ne retrouvait rien de la structure normale. Cet abcès s'était ouvert par la grosse extrémité du pancréas, dans la dernière courbure du duodénum, et le pus s'était écoulé dans les intestins. L'estomac était fortement distendu ; les intestins à l'état normal, excepté au niveau de l'ouverture de l'abcès dans le duodénum.

---

33. *Observation de plaie compliquée du larynx et de l'œsophage causée par un coup de corne de bœuf ; guérison* ; par le docteur G. Lowther.

(The Lancet.)

L'observation suivante est un exemple de la facilité avec laquelle la nature répare, en certains cas, les désordres les plus effrayants et les plus inconciliables en apparence avec la continuation de la vie. Le 17 février 1847, deux bouchers conduisaient un bœuf à l'abattoir, lorsque l'animal, sentant l'odeur de sang, entra dans une violente fureur, renversa l'un, et se précipitant sur l'autre, lui enfonça la corne dans le cou, et l'élevant en l'air, le maintint contre le mur, jusqu'à ce qu'on fût venu délivrer ce malheureux. L'auteur, qui fut appelé immédiatement, trouva le blessé dans un affaissement profond, la peau froide et décolorée, le pouls misérable, et se plaignant d'une oppression extrême dans la région précordiale. Une plaie déchirée, qui avait 2 pouces de long, s'étendait du côté droit du cou, et se dirigeait obliquement d'avant en arrière et de bas en haut, à un demi-pouce en arrière et sur le niveau de la pomme d'Adam. Le muscle sterno hyoïdien était à nu. Au centre du tiers antérieur de la plaie, il y avait une ouverture circulaire, d'un diamètre d'une pièce de 12 sous, par laquelle l'air sortait avec assez de force pour éteindre une lumière à plusieurs pouces de distance ; la voix était presque éteinte. Lorsqu'on voulut lui faire avaler un peu d'eau, elle s'écoula immédiatement par la plaie extérieure. Le voile du palais offrait une déchirure, qui s'étendait à

toute la longueur du plancher de la bouche. La corne, après avoir pénétré dans le larynx et dans l'œsophage, avait rencontré le voile du palais, au niveau du bord antérieur des piliers du côté droit ; elle s'était portée ensuite en avant, et avait luxé l'incisive supérieure du côté droit et avait arraché la dent voisine. Après l'emploi de stimulants à l'intérieur, on parvint à obtenir une réaction partielle, puis complète. Les accidents inflammatoires furent combattus par les anti-phlogistiques ; contrairement à ce qu'on devait craindre, ils furent très-modérés. Pendant plusieurs jours, le malade fut nourri avec la sonde œsophagienne. La suppuration qui se fit dans la plaie avait une odeur très-fétide. La cicatrisation n'en marcha pas moins très-rapidement et sans aucun accident sérieux. Le 6 février suivant, la guérison était complète. La corne de l'animal, qui était d'une forte espèce, avait 3 pouces 1/8 de circonférence ; de sorte que la plaie du pharynx et celle de l'œsophage devaient avoir au moins 1 pouce de diamètre, en admettant même que les parties aient cédé, dans de certaines limites, à la compression exercée par le corps étranger.

---

34. *Résection de l'omoplate* ; par le professeur W. Fergusson.

(London medico-chirurgical transactions.)

Obs. — On trouve dans les divers traités de chirurgie moderne des observations de résection de l'omoplate, pratiquée en même temps que la désarticulation de l'épaule, pour des maladies de l'articulation ou de l'omoplate elle-même. Ces opérations n'ont compris le plus souvent que de très-petites portions de l'os : l'épine, l'acromion, la cavité glénoïde, ou au plus les trois quarts de l'os. Dans quelques cas cependant, on a pratiqué la résection de l'os tout entier avec celle d'une portion ou de la totalité de la clavicule, à cause d'une maladie secondaire, survenue après la désarticulation de l'épaule ; enfin, dans certains cas, on a pratiqué simultanément l'ablation de l'extrémité supérieure et des os de l'épaule. Évidemment les chirurgiens qui ont osé avoir recours à cette hardie opération, Cumming, Mussey, Mac Clellan, Gaetani-Bey, Rigaud et Gilbert y ont été conduits par les divers exemples d'ablation de l'extrémité supérieure, produite brusquement par des machines, et avec des accidents peu ou moins redoutables. Le fait de M. Fergusson, qui, à certains égards, se rapproche de ceux des chirurgiens dont nous venons de parler, s'en distingue cependant par les circonstances extraordinaires et éminemment défavorables, dans lesquelles l'opération a été pratiquée. Un homme de 33 ans, qui avait servi comme

soldat dans diverses parties du monde, et qui avait été atteint sept ans auparavant d'une maladie très-grave de l'épaule droite, pour laquelle on lui avait pratiqué l'amputation du bras dans l'article et la résection d'une partie de la cavité glénoïde, entra à l'hôpital le 13 janvier. Il s'était assez bien rétabli, sa santé s'était améliorée, mais la plaie ne s'était jamais entièrement cicatrisée. Depuis un an, un abcès s'était formé sur la partie antérieure de la poitrine, abcès accompagné d'un soulèvement de la cicatrice et de quelque gonflement de la partie inférieure du cou ; toutes les parties molles composantes de l'épaule étaient comprises dans le gonflement ; la cicatrice, qui s'étendait de l'acromion à la partie inférieure et postérieure de l'aisselle, était percée de plusieurs ouvertures ; au niveau de la clavicule, au dos du scapulum, à la région pectorale en avant, on ne comptait pas moins de 13 fistules, dont 11 communiquaient avec l'os. Sauf un peu de toux, la santé du malade était assez bonne. Cependant la suppuration était considérable, et ce malheureux se disait épuisé par l'irritation continuelle qui entretenait cet état morbide de l'épaule ; aussi accepta-t-il l'opération qui lui fut proposée. Cette opération fut pratiquée le 6 février, de la manière suivante : Le malade, préalablement endormi par l'éther, et placé dans une condition demi couchée, M. Fergusson incisa la peau, le long de la moitié externe de la clavicule, jusqu'à l'acromion ; puis les tissus furent disséqués, jusqu'à ce qu'on eût un passage suffisant pour glisser un couteau à papier ordinaire sous cet os, à 2 pouces de son extrémité externe ; ceci fait, la clavicule fut divisée avec un trait de scie, ensuite une autre incision fut pratiquée le long de l'épine de l'omoplate, à partir de l'acromion, jusqu à la base de cette épine ; une incision de 8 à 10 pouces de long fut pratiquée de haut en bas à partir de l'acromion, suivant le trajet de la cicatrice ancienne : la peau et les tissus épaissis sous jacents furent détachés de chaque côté à l'aide d'une dissection attentive, de manière à mettre parfaitement à nu, et à pouvoir saisir avec la main l'extrémité externe de la clavicule, l'acromion et l'apophyse coracoïde. Le scapulum fut entraîné en dehors par la main gauche de l'opérateur ; tandis que sa main droite, armée du bistouri, coupait les attaches du grand dentelé, du trapèze, de l'angulaire de l'omoplate et du rhomboïde ; de cette manière, l'omoplate et ses muscles furent complétement détachés du corps. L'artère sous clavière était comprimée sous la première côte, de sorte que le malade ne perdit que peu de sang. On lia l'artère axillaire, qui avait été ouverte : les bords de la plaie furent réunis avec soin par des points de

suture ; des linges trempés dans l'eau froide furent appliqués sur la plaie, et le malade fut reconduit dans son lit sans s'apercevoir de ce qu'on lui avait fait. Les suites de cette opération furent des plus simples ; la fièvre fut modérée, les ligatures tombèrent le dixième jour ; deux jours après, on retira quelques lambeaux de tissu cellulaire sous-cutané, qui se détachaient. La suppuration et la cicatrisation marchèrent franchement. Le 10 mars, le malade commençait à sortir de son lit ; et le 5 mai, il partait pour la campagne, dans un état assez bon, mais la plaie n'était pas entièrement cicatrisée. Depuis cette époque, le malade a été de mieux en mieux ; il a pris de l'embonpoint et des forces ; toutefois, il a encore eu quelques petits abcès sur la poitrine, mais qui ont plutôt l'aspect strumeux que celui des abcès de carie, et qui ne paraissent pas tenir à une maladie de la portion restante de clavicule. Un an après, le malade était encore parfaitement bien portant.

---

35. *De la pesanteur spécifique de l'urine ;* par le docteur Kesteven.

(London medical Gazette.)

Les auteurs, on le sait, varient beaucoup sur le chiffre représentatif de la pesanteur spécifique des urines dans l'état de santé. Pour les uns, il oscille entre 1,005 et 1,030 ; pour d'autres, entre 1,015 et 1,020. La détermination d'une moyenne aussi exacte que possible serait chose fort utile, puisqu'elle doit servir de terme de comparaison pour l'appréciation de la densité de l'urine dans l'état pathologique. L'auteur pense que les déterminations proposées jusqu'ici sont en général trop élevées ; que, dans les inflammations même où les solides excrétés par l'urine augmentent beaucoup de quantité, le chiffre de la densité varie ordinairement de 1,020 à 1,035 ; que dans certains dérangements intestinaux amenant une abondante excrétion de sels ammoniacaux, ce chiffre ne dépasse pas communément 1,020 à 1,030. Lui-même s'est livré, dit-il, à de nombreuses expériences, et il est arrivé à ce résultat que la densité moyenne de l'urine, à l'état de santé, peut être exactement exprimée par le chiffre de 1,016, chiffre assez peu différent, du reste, de celui qui a été déjà donné par quelques auteurs, notamment par le docteur Golding Bird et par M. Becquerel. Cela équivaut, ajoute, M. Kesteven, à une perte de 9 à 10 grains de matière solide par chaque once d'urine.

On peut regretter que l'auteur se soit borné, dans son travail, aux simples énonciations que nous venons de rappeler, et qu'il

ne soit entré dans aucun détail ni sur son mode d'expérimentation si sur les conditions au milieu desquelles ont été faites les expériences particulières. Il dit bien quelque part que la densité de l'urine peut être modifiée par certaines conditions de régime, de température, etc.; mais on ne peut savoir, en l'absence de toute explication, de quelle manière et à quel degré il a été tenu compte de ces circonstances et de beaucoup d'autres dans les expériences. C'est une lacune regrettable.

---

36. *De l'emploi du chlorate de potasse contre les ulcérations phagédéniques*; par M. Sayle.

(The medical Times.)

Selon M. Sayle, le chlorate de potasse agit principalement par l'oxygène qu'il contient, et qui, cédé à l'organisme, remédie à l'appauvrissement du sang, à la faiblesse générale dont ces ulcères s'accompagnent presque toujours. C'est dans le même but que l'on a autrefois employé l'acide nitrique dans le traitement des maladies vénériennes. L'auteur ne doute pas que cette propriété oxygénante du chlorate de potasse ne le rendît très-utile dans la phthisie, lorsque la désorganisation d'une partie du poumon met obstacle à la révivification complète du sang veineux.

L'administration du chlorate de potasse est, d'après M Sayle, sans danger. Il cite un malade qui en a pris, pendant plusieurs semaines, 6 grammes par jour.

Nous allons donner un exposé sommaire des cas où le médicament a été employé par lui.

Obs. I. — Un homme, âgé de 34 ans, contracta la syphilis il y a cinq mois. Il offrait un large ulcère du palais et un autre à bords irréguliers et de mauvais aspect au sommet de la tête. Un troisième ulcère siégeait au dos. Insomnie, inappétence, pouls faible et irritable. (Iodure de potassium, 10 centigr. par jour.)

Ce traitement, continué du 19 au 24 septembre 1848, n'ayant amené aucune amélioration, on lave les ulcères avec l'acide nitrique dilué, et l'on donne par jour 12 décigr. de chlorate de potasse dissous dans de l'eau.

Le 2 mars, les ulcères sont guéris ; une petite portion d'os s'est séparée du palais. L'appétit et le sommeil sont revenus.

Obs. II. — Femme âgée de 25 ans; elle porte dans l'aine droite un ulcère vénérien de la largeur de la paume de la main, s'étendant jusqu'au mont de Vénus Il date de cinq à six mois, et l'origine de sa maladie est une affection vénérienne que son mari lui transmit il y a treize mois.

Entrée à l'hôpital le 18 mars, après un traitement inutilement

entrepris par un médecin, elle prit 10 centigr. d'iodure de potassium et 12 décigr. de chlorate de potasse par jour ; pansement avec l'onguent mercuriel.

Le 23 mars, on remplaça l'onguent mercuriel par les lotions avec l'acide nitrique.

Le 27, l'ulcère est guéri. La santé qui s'était affaiblie par degrés est rétablie.

Obs. III. — Homme âgé de 27 ans, qui a la syphilis depuis quatre ans. Il y a dix mois ses amygdales ont commencé à s'ulcérer et elles le sont encore. Il est dans un état anémique.

Entré le 15 avril 1848, on lui donne le traitement comme ci-dessus par l'iodure de potassium , le chlorate de potasse et les lotions à l'acide nitrique.

Le 27, les ulcérations sont presque fermées. Le 11 mai, tout était guéri.

Obs. IV. — Une jeune fille vint, le 18 août 1848, avec une ulcération de l'arrière-bouche qui avait commencé il y a neuf semaines et était toujours allée en augmentant. La luette et le voile étaient entièrement tombés ; il ne restait à leur place qu'un ulcère triangulaire, d'un pouce à sa base et d'un pouce et quart de longueur, de chaque côté. La surface ulcérée était irrégulière et d'un mauvais aspect. Elle dit n'avoir jamais eu la syphilis. (Traitement comme ci-dessus, par l'iodure de potassium, le chlorate de potasse et les attouchements avec la solution d'acide nitrique.)

Le 24 , les bords de l'ulcère sont guéris ; une pièce d'os est tombée.

Le 7 septembre, l'ulcération est toujours en bon état. Une portion d'os paraît à nu sur la voûte palatine. On continue le traitement.

Le 21, la perte de substance du palais est fermée ; l'os nécrosé tombe le 28. La guérison est complète le 5 octobre.

On a sans doute été frappé, à la lecture de ces observations, de la rapidité vraiment merveilleuse avec laquelle la guérison des ulcères a été quelquefois obtenue. Ces résultats très-encourageants sont certainement dus en grande partie au chlorate de potasse. Mais pour tenir au juste compte de l'efficacité de ce médicament, il ne faut pas oublier que l'iodure de potassium, les attouchements avec l'acide nitrique dilué, une diète généreuse, ont puissamment aidé, dans tous ces cas, à son action thérapeutique.

MÉLANGES.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

37. *Compte rendu des séances pendant le mois de mars* 1849 ; par M. Follin, secrétaire.

(Gazette médicale de Paris, nos 17 et 18; 1849.)

Sur la structure des artères et leur altération sénile. — M. Robin expose à la Société de nouvelles recherches sur la structure des artères.

Les artères ne sont pas formées, selon lui, de six membranes, ainsi que le veut Henle ; toutes celles qui ne sont pas capillaires montrent de dedans en dehors :

1° L'*épithélium*, qui ne forme pas une véritable tunique, car on ne trouve que rarement des lambeaux formés de cellules pavimenteuses imbriquées ou accolées, mais bien des cellules libres isolées; plus ou moins abondantes. Très-souvent même on en trouve dans un point et pas dans d'autres, soit dans l'aorte, soit dans les bronches plus petites ; quelquefois on en trouve dans l'aorte , les carotides, les sous clavières, les iliaques, et nulle part ailleurs, surtout chez les adultes.

2° Au dessous de l'épithélium se trouve *la tunique commune du système à sang rouge de Bichat* ; elle est très-mince , se déchire facilement en long, difficilement en travers ; elle est formée d'une substance homogène ou finement granuleuse, transparente, striée ou fibroïde dans le sens de la longueur des artères, et se déchirant en lanières plus ou moins larges, aplaties, rubanées, tordues et flexueuses ou rigides. L'acide acétique est sans action sur elle. Vers le cœur, elle se continue avec la membrane interne de ce viscère , désignée par Henle sous le nom de *couche à fibres confuses* ; elle devient si mince dans les artères du volume des intercostales et même dans l'humérale et les artères du même volume, qu'on ne peut plus l'y trouver si réellement elle y existe. Cette membrane est très-transparente et ne peut s'enlever qu'en petits lambeaux; mais chez les vieillards, elle devient très-épaisse et rigide ; elle se détache alors, comme tuyau interne emboîté par les membranes plus extérieures. Son épaisseur peut atteindre un demi-millimètre, même dans l'humérale, la poplitée, etc., sans être chargée de dépôts athéromateux ou calcaires. Alors elle a perdu beaucoup de sa transparence ; elle est devenue jaunâtre. Sa structure fibroïde est encore manifeste, mais elle est masquée en partie par des amas de gouttelettes ou de granulations sphériques de $0^{mm},002$ à $0^{mm},005$ de diamètre, jaunes et brillantes au centre, foncées à la circonférence, disposées en chapelet d'une manière très-régulière et remarquable, ou bien

en plaques et amas de forme triangulaire, carrée, souvent très-bizarre. Il y en a ainsi plusieurs couches superposées, avec des portions plus ou moins étendues qui en manquent. Les dépôts athéromateux, qui sont bien placés à la face interne de cette tunique, comme le dit Bichat, sont formés des mêmes granulations agglomérées et d'une substance amorphe granuleuse, interposée à ces amas plus ou moins irréguliers. Une tunique analogue à celle-ci se trouve comme elle à la face interne de l'artère pulmonaire et des veines ; elle en diffère par plus de minceur encore, plus de transparence, et en ce qu'elle est plus finement, plus rarement striée et non fibroïde.

3° La seconde membrane (car l'épithélium ne peut pas être considéré comme formant une tunique), c'est la *tunique jaune élastique* ou *fragile*, ne se déchirant facilement que dans le sens transversal. On peut en faire autant de couches qu'on veut ; on peut même faire décrire des spirales aux lambeaux qu'on enlève ; mais ces fibres n'ont pas une direction spirale : elles sont circulaires. Cette tunique est formée de plusieurs éléments ; ce sont : *a.* des *fibres de tissu jaune élastique*, d'autant plus larges et régulières qu'on les prend plus à la face externe de la tunique, d'autant plus étroites, plus fréquemment anastomosées et réticulées qu'on avance vers le canal vasculaire. *b.* Des fibres musculaires lisses et rubanées de la vie organique, solubles dans l'acide acétique, disposées circulairement à la face interne de cette tunique, mélangées de fibres jaunes élastiques. Contrairement à ce que dit Henle, elles ne peuvent pas former une tunique distincte, car elles ne sont pas séparables des fibres de tissu jaune élastique ; de plus, elles ne forment pas, comme il le dit, la plus grande partie de l'épaisseur de l'aorte ; mais, au contraire, on en trouve à peine dans ce tronc vasculaire et ses plus grosses branches ; elles deviennent brusquement très-abondantes dans les intercostales et les artères plus grosses ou plus petites. *c.* On trouve, dans toute l'épaisseur de cette tunique, une substance déchirable en minces lamelles, homogène, striée, très-fragile, présentant sous le microscope des bords rompus nets semblables à la cassure du verre, et çà et là des orifices caractéristiques qui lui ont fait donner le nom de *substance fenêtrée*. Elle empâte en quelque sorte les autres éléments de la tunique élastique et fait quelquefois saillie, surtout dans les artères de moyen volume et les petites à la face interne de la couche qu'ils représentent ; elle les dépasse quelquefois de ce côté. Mais on ne peut pas dire qu'elle forme une tunique spéciale, comme le veut Henle, car elle se trouve dans toute l'épaisseur de la tunique avec les carac-

tères qu'il lui a très-exactement attribués ; et surtout cette substance ne vient pas de suite au-dessous de l'épithélium ; il faut d'abord enlever la membrane précédente avant d'arriver à elle.

Chez les vieillards, l'altération de cette tunique est la même dans toute son épaisseur et ne vient pas justifier par des lésions multiples la multiplicité des couches en laquelle on a voulu la diviser. Elle perd de son élasticité ; elle devient d'un jaune blanc mat, moins transparent que chez l'adulte, ce qui est dû à un dépôt à peu près uniforme dans toute son épaisseur, surtout dans la substance qui empâte les fibres élastiques et musculaires de granulations jaunâtres ; mais plus petites, moins régulières et non disposées en chapelet ou plaques et amas réguliers comme celles de la tunique précédente ; elles sont, au contraire, distribuées çà et là.

Ces deux membranes sont tout à fait dépourvues de vaisseaux.

La tunique élastique ou moyenne des artères et de la veine ombilicale est à peu près exclusivement formée de fibres musculaires de la vie organique.

4° La troisième et dernière tunique est la *tunique adventice* ou *celluleuse* des auteurs, formée de fibres de tissu cellulaire et de fibres de noyau ou dartoïques, très-bien décrite par Henle. (Séance du 10 mars.)

Recherches expérimentales sur la voix. — M. Segond, par un fait décisif dont il a rendu témoins les membres de la Société, a définitivement établi le rôle essentiel des replis supérieurs de la glotte chez le chat domestique ; la conformation particulière du larynx, chez cet animal, lui a permis de tenter une expérieure que l'on pourra désormais répéter avec une grande facilité, et qui fournit une démonstration positive et directe. En effet, lorsqu'après une éthérisation préalable, on s'est rendu maître de l'animal, on fait violemment ouvrir sa gueule au moyen de fortes ficelles fixées autour des dents canines ; quand le chat, vaincu par la continuité de la distension, a cessé de faire des efforts pour resserrer ses mâchoires, on fait des tractions sur la langue avec une pince érigne. Il suffit alors de saisir l'épiglotte avec un crochet pour amener le larynx à l'isthme du gosier, et comme, chez le chat, les replis supérieurs de la glotte forment l'ouverture supérieure du larynx, on peut, avec la plus grande facilité, voir, à chaque cri produit par l'animal, les cartilages arythénoïdes se rapprocher à la partie postérieure et les replis supérieurs entrer en vibration.

M. Segond a pratiqué, devant la Société, la section de ces re-

plis, et à l'instant même la voix a disparu. A l'occasion de cette expérience, M. Segond fait remarquer que la prédominance des replis supérieurs de la glotte chez le chat est en rapport avec l'extrême développement du registre de sons qui représente chez cet animal la voix de fausset ; au contraire, ses replis inférieurs, plus courts, moins déliés, moins distincts, sont en rapport avec un registre de poitrine qui a un très-médiocre développement. (Séance du 17 mars.

Recherches sur la rigidité cadavérique et la putréfaction. — M. Brown-Séquart communique aussi des recherches sur une des causes qui font varier l'époque d'apparition de la rigidité cadavérique et de la putréfaction.

M. Dumas a émis l'opinion que la rapidité de la putréfaction dans la chair des bœufs surmenés pourrait bien dépendre de l'activité considérable et prolongée de la respiration, pendant une longue marche. Un autre fait tendrait encore, suivant l'illustre chimiste, à prouver que l'époque à laquelle survient la putréfaction des muscles varie en raison de la quantité de carbone brûlé pendant les derniers temps de la vie. Ce fait qui, du reste, a besoin d'être étudié quant aux circonstances qui l'accompagnent, consiste en ce que la chair des animaux tués la nuit se conserve mieux que la chair des animaux tués le jour ; or la respiration est moins active la nuit que le jour.

M. Brown-Séquart, sans nier que l'activité de la respiration puisse jouer en partie le rôle que lui attribue M. Dumas, croit qu'il existe une autre cause bien plus puissante de la rapidité de la putréfaction après la mort, dans les cas qui précèdent et dans beaucoup d'autres. Cette cause est l'action énergique et fréquente des muscles ; en effet, un grand nombre de faits tendent à prouver que les muscles qui ont été mis vivement en action quelque temps avant ou aussitôt après la mort sont atteints plus promptement par la rigidité cadavérique, et se putréfient plutôt que les muscles laissés en repos.

M. Brown-Séquart cite d'abord des expériences d'Autenrieth et de J. Hunter ; il rapporte ensuite avoir fréquemment répété l'expérience suivante, qui lui a toujours donné les mêmes résultats : il faisait passer un courant galvanique à travers un des membres postérieurs d'un lapin, d'un cochon d'Inde ou d'une grenouille. Après une ou deux heures d'excitations galvaniques répétées, il tuait l'animal et il voyait que le membre postérieur galvanisé devançait de beaucoup l'autre membre postérieur, quant aux particularités suivantes : cessation de l'irritabilité musculaire, apparition et terminaison de la rigidité cadavérique,

début de la putréfaction. En substituant à l'excitation galvanique des excitations mécaniques, on produit des effets semblables, mais moins saillants.

Si, au lieu de comparer deux membres, on compare deux animaux entiers, on obtient les mêmes résultats. Pour cette comparaison M. Brown Séquart excise le cœur de deux jeunes lapins, et tout aussitôt il soumet l'un d'eux à l'action d'un appareil électro-magnétique énergique.

Si des changements ont lieu dans la composition chimique des muscles pendant leur contraction, ainsi qu'Helmholtz dit l'avoir constaté par des analyses comparatives, on est admis à penser que ces changements chimiques sont de même nature que ceux qui se font spontanément dans les muscles après la mort, et par suite desquels surviennent successivement la rigidité et la putréfaction.

En finissant, M. Brown-Séquart rappelle un fait bien connu, c'est que les animaux forcés à la chasse, et particulièrement le cerf, acquièrent très-promptement une rigidité qui dure peu.

En résumé, dit M. Brown-Séquart, il y a sans doute quelques faits qui paraissent prouver qu'un lien de causalité existe entre l'augmentation de la respiration et la prompte apparition de la rigidité cadavérique et de la putréfaction; mais comme, dans ces cas, il y a aussi augmentation dans l'énergie et la fréquence des contractions musculaires, et comme, en outre, il existe d'autres cas où, sans que la respiration ait pu intervenir, il y a eu, en même temps qu'accroissement de l'action musculaire, prompte apparition de la rigidité cadavérique et de la putréfaction, on est fondé à croire que l'action musculaire a une influence notable sur l'époque où surviennent ces phénomènes, tandis que l'influence de l'activité de la respiration, qui est possible, est encore à démontrer. (Séance du 10 mars.)

Mouvements des valvules sigmoïdes. — M. Claude Bernard communique quelques remarques sur le jeu des valvules sygmoïdes dans la circulation cardiaque. On croit généralement que, dans le passage du sang à travers les orifices artériels du cœur, les valvules sygmoïdes sont fortement écartées et viennent s'appliquer aux parois du vaisseau. M. Bernard s'est assuré que ces valvules n'étaient que légèrement écartées. Dans le cas contraire, l'embouchure des artères cardiaques serait fermée par les valvules et le pouls de ces artères serait différent de celui des autres parties du système artériel. Chassé par les contractions ventriculaires, le sang ne pénètre pas dans un tube vide, mais il rencontre une colonne sanguine qui remplit déjà le vais-

seau et fait obstacle à un écartement exagéré des valvules. (Séance du 31 mars.)

Action de la chaleur et du froid sur l'iris. — M. Brown-Séquart communique les recherches suivantes sur l'action de la chaleur et du froid sur l'iris.

Haller rapporte avoir été bien surpris un jour où ayant chauffé l'œil d'un chat mort depuis longtemps, il vit la pupille se resserrer considérablement. L'illustre physiologiste se contenta de signaler ce fait, et il ne paraît pas avoir songé à l'étudier. Toutefois cette simple observation pouvait conduire à des recherches très-intéressantes et à la solution de plusieurs questions importantes.

M. Brown-Séquart a repris l'étude de ce phénomène, et il communique à la Société les résultats de ses recherches qu'il résume dans les conclusions suivantes :

« 1° Tous les animaux que nous avons examinés, dit-il, savoir : le lapin, le chien, le cochon d'Inde, la pintade et le pigeon, ont l'iris capable de se contracter sous l'influence d'un changement de température considérable et prompt, soit que les yeux appartiennent à des animaux morts depuis peu de temps, soit qu'ils aient été extraits de l'orbite pendant la vie.

« 2° C'est chez le lapin que les changements de température agissent avec le plus d'énergie sur l'iris ; c'est chez le cochon d'Inde que l'action est à son minimum de puissance.

« 3° L'iris du lapin peut rester contractile, en hiver, pendant plus de deux jours après la mort de l'animal; il arrive souvent même que la rigidité cadavérique des membres cesse avant que l'iris ait perdu sa contractilité.

« 4° La durée de la contractilité de l'iris, après la mort, varie beaucoup, suivant la température du milieu où se trouve l'œil. Elle est d'autant plus courte que la température est plus élevée.

« 5° Pour qu'un changement de température agisse notablement sur l'iris, il faut qu'il soit au moins de 20 à 25 degrés centigrades, soit en *plus* soit en *moins*.

« 6° Le *froid* ou, plus exactement, un abaissement de température, et la *chaleur*, ou mieux une élévation de température, peuvent produire, suivant les circonstances, un resserrement ou une dilatation de la pupille.

« 7° Si l'on enlève les deux yeux d'un lapin, mort depuis environ une demi-heure, et dont la température s'est abaissée jusqu'à 20 à 25 degrés centigr., et qu'on expose ces yeux, l'un à l'action d'une chaleur de 45 à 48 degrés, et l'autre à la tem-

pérature de la glace fondante, on voit les deux pupilles se resserrer. Un même effet est donc produit alors par deux causes différentes physiquement : élévation de la température dans le premier cas, abaissement dans le second ; mais à un autre point de vue on peut et on doit considérer ces deux causes comme une seule, c'est-à-dire un changement de température considérable et rapide.

« 8° Si le froid et la chaleur peuvent produire le même effet, il n'en est pas moins vrai qu'ils peuvent produire des effets contraires ; ainsi prenons un œil de lapin qui a reçu l'action du froid et dont la pupille s'est resserrée considérablement, et exposons-le à l'action d'une température de 40 à 45 degrés centig. ; la pupille alors se dilatera sous l'influence de cette chaleur.

« 9° Ce qui précède peut se résumer ainsi : dans tous les cas où la pupille est excessivement resserrée, elle se dilate quand on change rapidement et de beaucoup la température de l'iris, soit en plus soit en moins ; au contraire, dans tous les cas où la pupille est dilatée ou peu resserrée, elle se resserre sous l'influence des changements de température en plus ou en moins.

« 10° Le resserrement ou la dilatation de la pupille, sous l'influence du froid ou de la chaleur, diffèrent complétement des mouvements de l'iris qui ont lieu dans les yeux des animaux vivants, en ce qu'ils sont très lents à se produire ; la durée du resserrement varie entre deux et dix minutes, celle de la dilatation entre trois et quinze minutes, rarement moins.

« 11° L'action d'un changement de température est d'autant plus grande et plus prompte, toutes choses égales d'ailleurs, que le changement est plus considérable ; ainsi un œil étant à 40 degrés centigr. éprouvera d'autant plus d'effet qu'on l'exposera à une température plus voisine de zéro.

« 12° Quand on expose un œil alternativement au froid et à la chaleur, la pupille, après s'être desserrée, ne se dilate que très-rarement autant qu'elle s'était resserrée, et, en outre, chaque resserrement qui suit une dilatation est plus considérable que le resserrement précédent. Si l'on continue à faire ainsi resserrer et dilater une pupille, on arrive, après 60, 80, 100 resserrements et dilatations alternatifs, à un état de resserrement considérable, et l'iris cesse d'être contractile.

« 13° M. Bouchut a décrit récemment avec une grande précision des phénomènes déjà constatés par Haller et R. Whytt ; il a vu que la pupille se resserrait dans l'agonie et se dilatait notablement au moment de la mort. Nous ajouterons à ces faits que la pupille dilatée, après la mort, commence dès lors à se modifier de nouveau spontanément ; elle se resserre peu à peu, et, dans

l'espace de deux à cinq jours, elle arrive au degré de resserrement le plus considérable. Ce resserrement lent et spontané de la pupille nous paraît être, dans l'iris, un phénomène comparable à la rigidité cadavérique dans les autres muscles de l'économie.

Dans une prochaine communication, nous donnerons l'explication des divers phénomènes exposés ci-dessus, et leurs conséquences pour la physiologie et la médecine légale. (Séance du 31 mars.)

III. — *Anatomie pathologique.*

Altérations du foie chez des individus atteints de syphilis. — M. Gubler met sous les yeux des membres de la Société deux foies ayant appartenu à des sujets affectés de syphilis constitutionnelle.

Le premier est celui d'un homme de 34 ans, mort à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord, après avoir présenté une série d'accidents syphilitiques secondaires et tertiaires. L'accident primitif fut contracté à la fin de l'année 1847 ; des symptômes secondaires se développèrent pendant l'année 1848, et c'est à la fin de cette année qu'apparurent les accidents tertiaires. En même temps les fonctions digestives se dérangèrent ; un ictère intense ne tarda pas à survenir, et persista jusqu'à la mort. Il s'accompagna de vomissements réitérés, puis d'ascite et d'œdème des membres inférieurs ; il s'y ajouta aussi des accidents thoraciques. Le malade tomba dans le marasme et succomba le 27 février dernier, deux mois environ après l'apparition des premiers symptômes d'une maladie du foie.

A l'autopsie, on trouva, outre les lésions des poumons, l'ascite et une altération particulière du foie, que M. Gubler rapporte à la cirrhose. Le foie est un peu ratatiné et considérablement diminué de volume ; il ne pèse que 768 grammes. Sa couleur résulte d'un mélange de jaune et de verdâtre ; le jaune appartient spécialement à des granulations grosses comme une tête d'épingle, comme un grain de chènevis ou même un gros pois, lesquelles sont identiques, pour les caractères de forme et de structure intime, aux granulations de la cirrhose proprement dite. Elles s'énucléent facilement de la cavité que leur forme la trame cellulo-fibreuse hypertrophiée ; elles sont sphéroïdales ou irrégulièrement polyédriques, et constituées par une capsule d'enveloppe plus résistante et par une trame celluleuse intérieure, molle, infiltrée d'une énorme proportion de cellules propres du foie plus ou moins entières, et chargées de graisse et de matière colorantes.

M. Gubler pense qne cette cirrhose est un effet du virus sy-

philitique. Il possède une autre observation du même genre et rappelle que M. Rayer signale, dans son *Traité des maladies des reins*, des altérations du foie coïncidant avec la syphilis et la néphrite albumineuse. Les anciens croyaient à l'existence de ces affections syphilitiques du foie. M. Rayer est disposé à les admettre ; M. Ricord a vu des cas analogues qu'il interprète dans ce sens. Enfin aujourd'hui M. Trousseau ne doute pas de la relation de cause à effet qui existe entre la syphilis et une altération particulière du foie que M. Gubler a découverte chez les enfants à la mamelle en 1846.

Le second foie est un exemple de ce genre d'altération ; il a une teinte généralement jaunâtre ou pâle, tandis que les foies d'enfant sont d'ordinaire très-foncés en couleur. Sa substance jouit d'une demi-transparence plus marquée en certains endroits, particulièrement au voisinage du bord tranchant ; elle est parsemée d'une multitude de petits points blancs opaques, semblables à des grains de semoule très-fins. Sa coupe est uniformément jaunâtre ou marbrée de rougeâtre. Cette substance est beaucoup plus dure que celle d'un foie sain, et examinée au microscope, elle se montre infiltrée d'éléments fibro-plastiques, noyaux et corps fusiformes fort abondants. Ce foie a été pris sur un enfant âgé de quelques mois seulement, et qui est mort à l'hôpital de Lourcine, dans le service de M. Cullerier, avec des ulcérations dans les fosses nasales, des plaques muqueuses et de l'ecthyma profond. Il faut signaler aussi l'existence d'une certaine quantité de pus bien lié dans la cavité péritonéale.

M. Gubler a le plus souvent trouvé des signes non équivoques de péritonite chez les enfants qui succombaient dans ces conditions. (Séance du 3 mars.)

Choléra ; recherches anatomo-pathologiques. — M. Bouchut fait connaître les résultats de ses recherches cadavériques sur un assez grand nombre de sujets morts du choléra.

Il fait remarquer que la multiplicité des lésions matérielles, dans le cerveau et ses membranes, dans les poumons, dans le foie, dans les reins, dans l'intestin et à la surface de la muqueuse, ne permet pas de localiser cette maladie.

La lésion des follicules intestinaux, qu'on a considérée comme caractéristique du choléra, n'est même pas spéciale à cette affection ; car il y a des sujets qui sont morts au début ou dans le cours de la maladie, et qui n'ont point offert de follicules intestinaux hypertrophiés.

De plus, cette hypertrophie des follicules s'observe ailleurs que dans le choléra : dans quelques cas d'entérite chez l'adulte et dans les entérites chroniques des jeunes enfants.

Le fait important dans ces autopsies, après l'entière absence de lésions matérielles spéciales du choléra, c'est la modification que présente, dans cette maladie, la composition chimique de quelques-uns des organes sécréteurs et en particulier du foie et des reins.

Sur un grand nombre de sujets, le sucre normal du foie avait disparu, ce qu'il était facile d'apprécier, en traitant la décoction d'un fragment de cet organe par le tartre de potasse cuivrique sans obtenir la réduction de l'oxyde de cuivre.

Ce fait a coïncidé avec l'existence de vomissements bilieux remplis de matière sucrée, qui opéraient la réduction de l'oxyde du cuivre lorsqu'on traitait ce mélange par la chaleur.

M. Bouchut rapporte ensuite qu'ayant examiné les urines de vingt-trois cholériques, au début et dans la durée de l'affection, il a trouvé ces urines fortement albumineuses, fait déjà remarqué par Simon dans sa *Chimie pathologique*, et l'on a vu ces urines cesser de renfermer de l'albumine, au moment de la convalescence, chez sept malades qui ont guéri.

Une légère altération de texture des reins paraît coïncider avec ce phénomène. M. Bouchut présente à la Société plusieurs de ces organes ; l'on y trouve une décoloration très-marquée de la substance corticale, avec ramollissement faible, et adhérence à la membrane fibreuse d'enveloppe.

Anatomie pathologique d'un chancre induré. — Bennet et notre collègue M. Robin ont examiné et décrit les différents éléments qui constituent l'induration du chancre. Ils y ont constaté la présence d'un grand nombre de corps fusiformes. M. Gubler montre à la Société un chancre récemment cicatrisé dont la base offrait l'induration spécifique. Il y a retrouvé des éléments fibro-plastiques à tous les degrés de développement. Ce chancre, situé sur le prépuce, avait dû être enlevé avec une portion de ce repli dans l'opération du phymosis. (Séance du 5 mars.)

Pièces provenant d'une opération de taille. — M. Lebert présente à la Société les organes génito-urinaires d'un enfant de 3 ans et demi qui a succombé vingt-quatre heures après une opération de taille pratiquée par M. Guersant fils. La lithotomie a été faite suivant la méthode bilatérale. Le bulbe uréthral, la prostate et les conduits éjaculateurs sont intacts. On a retiré deux calculs volumineux, un autre plus petit et quelques débris (3 mars.)

Examen microscopique du sang et des matières vomies ou rendues par les selles chez les cholériques. — L'étude chimique du choléra a été faite avec un certain soin à l'époque où l'épidémie de 1832 vint envahir la France ; mais en parcourant ces recherches, on

est étonné de ne rencontrer aucune observation positive qui ait trait à l'analyse microscopique de ces produits. Plus tard seulement, MM. Andral et Glube entreprirent l'examen des matières vomies ou rendues par les selles. Tous deux trouvèrent dans le liquide sécrété par la membrane muqueuse « un grand nombre de globules contenant, comme ceux du pus, des nucléoles et des noyaux dont le nombre variait d'un à quatre noyaux, rendus plus évidents par l'addition de l'acide acétique. Quelques cristaux, des lamelles épithéliales, venaient s'ajouter accidentellement à ces globules, » mais ils ne s'accordèrent pas sur la nature des globules. Gluge y voyait des noyaux de cellules épithéliales, M. Andral, quelque chose qu'il rapprochait des globules de pus.

M. Follin a examiné avec soin et un très-grand nombre de fois les matières blanches rendues par les garde-robes ; il a constaté que, dans la majorité des cas, ces amas blancs et le liquide au milieu duquel ils nageaient étaient formés : 1° par des globules très-nombreux, granuleux à leur surface, irrégulièrement arrondis, du volume de $00^{mm},0060$ environ, et réunis entre eux par une masse amorphe. Ces globules étaient insolubles dans l'acide acétique, qui a paru, au contraire, dissoudre la matière amorphe interposée entre eux. Ils ne contenaient point à leur intérieur de noyaux distincts ; on y constatait seulement un ou deux points plus brillants que le reste. Ces globules qu'on rencontre en si grand nombre, et réunis en amas immenses, ont paru à M. Follin être des globules de pus récemment formés et n'étant pas développés d'une manière complète. On rencontre des globules analogues, pour l'aspect général et le volume, dans toutes les membranes muqueuses qui commencent à subir le plus léger degré d'irritation. Je les ai observés, dit M. Follin, dans le mucus utérin le plus transparent, dans les larmes après une très-faible irritation de l'œil, etc. Le développement du choléra se fait d'une manière si brusque, les produits morbides sont exhalés si promptement, que leurs éléments ne peuvent acquérir leur plein et entier développement jusqu'à leur expulsion au dehors de l'économie. Toutefois les choses ne se passent pas toujours de la même manière. Chez une cholérique qui a succombé à la Charité dans le service de M. Briquet, les matières rendues par les selles ne l'étaient pas aussi promptement que d'habitude, et elles avaient revêtu l'aspect d'un pus jaunâtre, épais et assez bien lié pour qu'on ne pût pas d'abord songer à la matière des cholériques. L'examen de cette substance me montra, au milieu de globules en tout comparables à ceux que j'ai déjà décrits, un grand nombre de globules de pus à plusieurs noyaux bien distincts, et de globules pyoïdes reconnaissables à leur volume et à

leur aspect, bien différents des précédents. Ainsi j'ai pu suivre sur différentes matières rendues par des cholériques la transition des globules purulents imparfaits aux globules de pus à noyaux bien caractérisés.

2° Un autre élément également très-abondant dans les selles des cholériques, mais qu'on remarque surtout au début des évacuations ou dans la période qui précède la mort, c'est l'épithélium cylindrique du canal intestinal. Souvent des cellules épithéliales ou des plaques de cellules épithéliales sont intimement mêlées aux globules que j'ai précédemment indiqués. Ces cellules épithéliales ont conservé leur forme cylindrique ; souvent elles sont accolées les unes aux autres sur la même ligne.

3° J'ai aussi constaté dans un cas, au milieu de ces matières blanches, une assez grande quantité de cristaux de cholestérine.

On rencontre aussi ces deux premiers éléments dans ces petites saillies blanches sous-muqueuses, qui m'ont paru n'être que des follicules remplis de la matière cholérique. Dans l'intestin grêle, les globules recouvrent les villosités, unis qu'ils sont entre eux par une matière amorphe visqueuse et soluble dans l'acide acétique.

J'ai traité dans plus plusieurs cas par l'éther les matières rendues par les selles ; ce puissant dissolvant des principes gras ne m'a révélé le plus souvent aucune matière nettement définie.

De cette première partie de mes recherches, je crois pouvoir conclure : 1° que la matière cholérique n'a rien de particulier ; 2° que les éléments trouvés dans les produits exhalés sont ceux qu'on voit dans les membranes muqueuses irritées : 1° globules de pus incomplétement développés ; 2° globules de pus complets à noyaux ; 3° globules pyoïdes ; 4° lamelles épithéliales.

J'ai aussi examiné le sang des cholériques, et dans deux cas immédiatement après la sortie de la veine. Les altérations si promptes des globules sanguins exigent que l'examen se fasse seulement dans ces conditions. J'ai pris du sang chez une cholérique qui était dans la période algide. La lancette, enfoncée vers la partie moyenne du bras, à 1 centimètre et demi de profondeur, n'a laissé couler aucune goutte de sang. En la faisant pénétrer plus profondément, il a été possible d'obtenir une goutte de ce liquide. Mise aussitôt sous le microscope, cette gouttelette sanguine m'a offert un grand nombre de globules dépourvus de leur forme et de leur aspect général ; ils étaient allongés, irréguliers, quelques-uns crénelés à leurs bords. Un petit nombre seulement avait conservé sa forme normale. La plupart de ces globules, en s'aplatissant, laissaient transsuder au delà de leur parois la matière colorante qu'on voyait dans la masse liquide environ-

nante. Dans un autre cas, j'ai pu faire les mêmes observations. Des deux malades, l'une était couchée dans le service de M. Briquet, l'autre dans celui de M. Andral ; mais de ces observations je me garderai bien de conclure que le choléra produit une altération des globules sanguins. J'ai depuis longtemps appris que ces altérations des globules ont surtout été vues chez des individus débilités par des maladies, ou dont le sang est appauvri par une nourriture insuffisante et malsaine. Partant de là, il est curieux de voir l'épidémie sévir d'abord chez ceux dont le sang se trouve dans de si mauvaises conditions. (Séance du 17 mars.)

Carie des vertèbres lombaires du sacrum, de l'os des îles, du fémur ; tumeur blanche du genou. — M. Lebert met sous les yeux de la Société des pièces du système osseux. Ce sont de nouveaux exemples qui prouvent combien est fréquente la nature non tuberculeuse des altérations des os pendant le jeune âge.

Carie de la dernière vertèbre lombaire, de toute la surface du sacrum jusqu'à l'extrémité coccygienne, ainsi que d'une partie de l'os des îles du côté droit ; carie superficielle du fémur droit. — Les vertèbres lombaires, examinées extérieurement et sciées par le milieu, montrent une parfaite intégrité dans les trois premières. La quatrième, sans être malade dans sa partie supérieure, offre dans toute sa moitié inférieure la teinte gris-noirâtre que l'on rencontre si souvent dans la carie vertébrale. Le disque intervertébral entre la quatrième et la cinquième vertèbre a totalement disparu, ainsi que la cinquième vertèbre elle-même, dont il n'existe plus que q elques fragments adhérents à la surface supérieure du sacrum, ainsi que deux séquestres baignés de pus et situés dans une grande cavité qui occupe tout cet espace, et qui a presque 2 centimètres de hauteur. On ne reconnaît sur ses parois que des rugosités osseuses baignées de pus et des grumeaux pseudo-membraneux. Cette vaste cavité est fermée latéralement par le périoste notablement épaissi, transformé en un tissu lardacé d'un gris-noirâtre dont l'épaisseur varie entre 5 et 8 millimètres. Les séquestres n'offrent rien de particulier quant à leur structure ; leur tissu surtout n'est que peu raréfié. L'un a près de 2 centimètres de longueur, sur un de largeur et 8 millimètres d'épaisseur. L'autre séquestre a des dimensions un peu moins considérables et une forme irrégulière.

Il n'existe point dans cette vaste cavité de membrane pyogénique organisée, excepté dans quelques endroits où il y en a des vestiges entourés de petits séquestres.

Toute la partie antérieure du sacrum est superficiellement cariée. Le périoste y manque dans la plus grande étendue et ce n'est qu'au niveau des deux dernières vertèbres coccygiennes

qu'il persiste et forme une couche lardacée épaisse qui recouvre une portion d'os plus profondément cariée et renfermant quelques petits séquestres décolorés.

En haut et à droite, la carie du sacrum se continue sur la partie voisine de l'os des îles, et occupe un espace de 3 centimètres de long sur 2 de large. Toute la lamelle compacte y est détruite ; en sorte que, du côté de la partie saine de l'os, la séparation est marquée par un rebord de 3 millimètres d'épaisseur.

L'examen microscopique ne démontre pas dans le liquide qui infiltre les alvéoles osseuses des éléments du tubercule ; on n'y reconnaît que des globules de pus altéré, et si du tubercule y a existé antérieurement, il n'en est pas resté de traces évidentes. On y voit de plus de nombreux cristaux prismatiques, probablement d'un sel calcaire. La moelle épinière est notablement ramollie et rouge au niveau de la dernière vertèbre lombaire, et la queue de cheval offre également une mollesse anormale ; cependant elle reprend sa consistance au niveau des trous sacrés antérieurs et postérieurs. Le fémur droit offrait au-dessous du petit trochanter une carie superficielle de 3 centimètres de long sur 1 centimètre de large.

L'os scié dans son milieu montre que cette carie superficielle n'atteint la surface de l'os que vers un tiers de son épaisseur. Du reste, l'os est dans un état normal. (Séance du 24 mars.)

Tumeur blanche du genou. — Le genou avait considérablement augmenté de volume, et l'on sentait déjà à travers les téguments que ce gonflement était dû à la fois aux os et aux parties molles. Plusieurs fistules existaient autour du genou et correspondaient surtout à la région articulaire inférieure, à la tête du tibia. Le bord des fistules était entouré d'un tissu fongueux qui formait tout autour de petits ulcères. Le tissu lardacé, qui occupait une couche de 1 ou 2 centimètres d'épaisseur tout autour de la membrane synoviale, était d'un jaune rosé, d'une consistance élastique, montrant à la loupe de nombreuses arborisations fines de vaisseaux. Au microscope, on y reconnaît un tissu qui renferme de nombreux éléments fibreux et fibro-plastiques dans une espèce de gangue intermédiaire homogène et demi-transparente.

La membrane synoviale est épaissie, généralement injectée, d'un rouge vif, d'un aspect velouté ; elle renferme dans sa cavité une petite quantité de synovie purulente. Nous verrons, du reste, tout à l'heure qu'une partie du pus contenu dans l'articulation y avait été versée par une érosion du cartilage articulaire du tibia, érosion qui communiquait avec une caverne osseuse.

Le fémur n'offrait qu'une hypérémie assez prononcée sans qu'il y ait eu d'altération marquée dans sa substance. Les lésions

les plus remarquables dans cette tumeur blanche se trouvaient dans la portion supérieure du tibia. On observe d'abord dans tout son tiers supérieur des dépôts de tissu osseux de nouvelle formation qui ont plus d'un centimètre d'épaisseur et dont une partie est déposée entre le périoste et l'os, y formant une couche spongieuse à mailles longitudinales et une couche corticale nouvelle. Plusieurs des mailles longitudinales passent sans démarcation de l'une à l'autre de ces couches. Une autre partie du tissu osseux nouveau est déposée en dedans de la couche cordicale ancienne, et se distingue du tissu spongieux ancien par une teinte légèrement violacée, indice d'une forte vascularité, et par des réseaux de tissu osseux à mailles beaucoup plus étroites et à canaux beaucoup plus épais, offrant plutôt de la largeur que de l'épaisseur, ce qui, lorsqu'on les examine à la loupe, leur donne un aspect comme feuilleté.

Une altération bien plus remarquable encore existe à la partie supérieure de la diaphyse et dans tout l'intérieur de l'épiphyse.

Déjà intérieurement on arrive avec le stylet dans une cavité allongée, logée dans le sens transversal de l'os, d'une forme irrégulière, en tout peut-être capable de contenir la valeur d'une cuillerée à café de liquide, avec perte de substance due en moyenne partie à la disposition de la zone cartilagineuse qui sépare l'épiphyse de la diaphyse. En sciant l'os par le milieu, on a sous les yeux au premier aspect des altérations qui ont assez de rapport avec une tuberculisation de cette extrémité osseuse ; en effet, on voit plusieurs masses d'un jaune compacte et revêtues d'une membrane pyogénique, qui, en partie, paraît recouverte d'un pus concrété ou liquide. Mais en examinant de plus près, on peut se convaincre que les parties jaunes solides ne sont que le résultat d'une ostéite condensante avec commencement de nécrose, et que le contenu de la petite cavité n'est formé que par du pus liquide et des pseudo-membranes. Ces faits sont mis hors de contestation par l'examen microspique fait sur la pièce fraîche. La macération fait très-bien ressortir la structure osseuse de la masse jaune compacte.

La portion logée à la face supérieure de la diaphyse occupe un espace de 15 millim. de largeur, de 2 centim. d'épaisseur et de 8 à 11 millim. de hauteur. Une ligne de démarcation faiblement tracée entoure de tous côtés cette masse, dont la décoloration est due à l'absence de vaisseaux, mais non à une infiltration purulente qui n'a réellement lieu que vers la partie qui baigne dans le pus de la cavité osseuse. Le tissu osseux de cette portion décolorée est beaucoup plus compacte que celui qui se trouve au delà de la ligne de démarcation. Les aréoles sont arrondies

et les canaux sont beaucoup plus larges, les mailles plus étroites que ceux au delà de la ligne de démarcation. Cette portion n'est, du reste, pas mobile. Ce tissu devient de plus en plus compacte à mesure qu'on se rapproche de la périphérie de l'os. L'épiphyse renferme un morceau d'os en tout semblable au premier, mais commençant à être mobile sur une partie de la circonférence. C'est dans tout cet espace qu'il est baigné de pus qui trouve une issue dans l'articulation même par l'ouverture susmentionnée, qui forme un trou arrondi fait comme par un emporte-pièce, et qui a entre 2 et 3 milim. de largeur. La membrane pyogénique qui revêt la cavité renferme, outre les vaisseaux, un tissu fibroïde finement grenu au milieu duquel on reconnaît de nombreux globules de pus plus ou moins altérés. Ceux-ci sont très-reconnaissables dans le pus liquide, ainsi que dans les fausses membranes organisées. La membrane pyogénique dont l'épaisseur varie entre 2 ou 3 millim. n'est elle-même qu'une fausse membrane organisée et vasculaire.

Ces deux pièces proviennent de l'hôpital des Enfants, et ont été communiquées à M. le docteur Lebert, l'une par M. Roccas, l'autre par M. Lebret, internes de cet hôpital. (Séance du 24 mars.)

Pathologie humaine et comparée.

Cancer de l'épiploon. — M. Mignot, interne des hôpitaux, fait part à la Société d'une observation de cancer de l'épiploon dont les signes, nettement tranchés pendant la vie, avaient permis de poser un diagnostic assuré. La malade, âgée de 58 ans, portait empreintes sur son visage les traces d'une maladie organique, quand elle entra dans le service de M. Briquet à la Charité (12 janvier 1849) ; elle souffrait seulement depuis quatre mois d'un peu de gêne dans les digestions, de besoins plus fréquents d'uriner et de quelques tranchées. Le ventre est, à cette époque, uniformément développé ; en aucun de ses points on ne constate de tumeur isolée ; partout on sent une dureté considérable, égale, immédiatement placée sous la main. Depuis les fausses côtes jusqu'au pubis, la percussion donne une matité superficielle très-manifeste, et lorsqu'elle est pratiquée avec force, une grande sonorité.

A ces signes, M. Briquet reconnut un cancer de l'épiploon.

La mort, arrivée peu de temps après, permit de constater que le grand épiploon était atteint par la dégénérescence cancéreuse dans toute son étendue. Ce cancer formait une vaste plaque de 3 à 4 centimètres d'épaisseur, qui doublait la paroi abdominale antérieure. Jetée comme une tente inflexible d'un bord à l'autre de l'abdomen, cette masse tenait les parois du ventre, naturellement souples et molles, constamment tendues. Du

cancer à la surface de la rate, quelques grains cancéreux dans le foie, tout le tissu utérin et les ovaires transformés en cancer, voilà les lésions principales que présentait encore cette malade. (Séance du 3 mars.)

Fongus cancéreux de la vessie. — M. Duplay, médecin des Incurables, communique à la Société l'observation d'un homme âgé de 79 ans, qui succomba à l'infirmerie de cet hospice sans s'être jamais plaint du côté des voies urinaires. L'autopsie a montré, outre des tubercules dans les poumons, une production fongueuse au bas-fond de la vessie, production formée par l'agglomération d'une foule de filaments très-longs, très-ténus et ramifiés. Ces filaments ont leur siége dans la membrane muqueuse ; ils renferment dans leur sein des cellules cancéreuses terminées par des prolongements caudiformes. Les autres parties des voies urinaires étaient à l'état normal. M. Duplay, cherchant à comparer ce fait avec ceux que la science possède déjà, en a trouvé deux autres, l'un inséré au tome II du *Traité des maladies des voies urinaires*, par M. Civiale, l'autre dont il doit la connaissance à M. Leroy-d'Étiolles. (Séance du 17 mars.)

Expulsion d'hydatides et de la poche hydatique par une ouverture faite au niveau de la région hépatique. — M. Lebret, interne à l'hôpital des Enfants, nous communique la note suivante relative à cette observation :

L'enfant qui fait le sujet de ma présentation est encore couché dans le service de M. Paul Guersant, à l'hôpital des Enfants malades : c'est un exemple permanent d'affection hydatique du foie.

Agé de 9 ans, ce garçon n'a point eu de maladies graves dans sa première enfance ; comme antécédents, il raconte qu'il y a deux ans, il a été renversé et piétiné sur le côté droit par des ânesses, accident qui le tint peu de jours au lit et qu'on traita par des émollients simples.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital, il faisait une chute sur le trottoir, et comme le côté droit a porté, il rapporte à cette époque la tuméfaction notable de l'hypochondre correspondant ; on lui fit alors en ville une application de 15 sangsues sur ce point.

Admis le 18 octobre 1848 dans le service de chirurgie, il présentait une tumeur peu développée au niveau du foie, mais où le frémissement particulier à la présence d'hydatides dans cet organe se percevait manifestement par la percussion légère ; d'ailleurs, un état général satisfaisant, un peu de maigreur, mais habituelle.

A partir du 20 octobre, on a appliqué successivement le caus-

tique de Vienne et la potasse caustique sur le point le plus saillant de la tumeur; un hiatus assez profond a été ainsi formé très-lentement, de manière à favoriser l'adhérence du péritoine aux parois et aux parties voisines.

En janvier, le frémissement était encore facile à percevoir ; la tuméfaction parut s'accroître ; elle gagnait vers la région sus-ombilicale et donnait une grande tension aux parois abdominales, sans que l'état général en parût sensiblement affecté.

Ce n'est que vers les premiers jours du mois de mars que le ventre devint plus flasque ; le frémissement n'était plus appréciable en aucun point : l'excavation fistuleuse étant suffisamment profonde, on ponctionne alors avec un trocart explorateur, et il sort environ 200 grammes de sérosité citrine, sans trace de débris hydatiques, de nature albumineuse ; le microscope n'y fit découvrir que quelques conferves très-évidentes, mais formées peut-être après l'issue du liquide. On agrandit l'ouverture pratiquée, au moyen d'éponge ; pendant trois jours, il fallut combattre les signes d'une péritonite circonscrite, tendant à se généraliser.

Le 12 mars, l'état général se relevant, on voyait des hydatides, de médiocre volume, se présenter à l'orifice interne de la fistule ; nous en enlevâmes quatre le matin et autant le soir.

Les jours suivants, même sortie d'hydatides, au milieu d'un liquide trouble, jaunâtre et très-fétide ; les forces de cet enfant faiblissaient sensiblement, sous l'influence d'un état fébrile rémittent qu'on put vaincre avec la quinine.

A partir du 20 courant, la plaie fut maintenue ouverte avec de l'éponge, puis par une mèche cératée ; des hydatides, de grosseur variable, ont été retirées journellement, mais, depuis ce moment, fortement colorées de matière bilieuse, la plupart en lambeaux, tant leur consistance est molle et facile à diviser. Malgré une déperdition de bile assez notable, puisque les pièces du pansement, la charpie, en étaient tout à fait imprégnées chaque jour, les forces se sont soutenues ; peu d'appétit, mais digestions faciles ; pas de vomissements ni de diarrhées ; visage gai ; pouls régulier, quoique faible. Depuis quelques jours, le foyer paraissait tari ; à peine sortait-il du liquide fétide en question.

Le 28, l'élève chargé du pansement voit saillir un lambeau plus résistant que d'habitude, le saisit et amène les débris considérables d'une poche d'apparence fibreuse, résistante, lisse sur une surface et chagrinée sur l'autre, laquelle, dans son étendue presque complète, nous paraît la paroi même du kyste : cette

extraction fut suivie de frissons, avec vomissements, accidents promptement enrayés par l'administration d'opium à dose élevée.

Le surlendemain, 30 courant, en ôtant la mèche de la fistule, nous voyons jaillir un véritable flot de liquide trouble, jaunâtre, extrêmement fétide, dont on a recueilli près d'un litre et demi ; en même temps, de volumineuses hydatides s'échappaient, sous forme de poches translucides renfermant une sorte de gelée jaunâtre ; on peut en évaluer le nombre à six ou sept.

Depuis ce moment, aucun accident n'est survenu ; l'état général se soutient. Ce matin, il n'est sorti que très-peu de liquide d'apparence séreuse.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société :

1° La poche membraneuse extraite il y a deux jours.

2° Le liquide et les débris d'hydatides recueillis hier. (Séance du 31 mars.)

Examen chimique d'une substance cristalline extraite d'une plaie de la conjonctive. — M. Leconte présente à la Société un fragment d'une substance saline qui lui a été remise par M. Sichel, et qui se produisit dans les circonstances suivantes :

Une femme se présenta à la clinique de M. Sichel avec une ulcération à la face interne de la paupière inférieure. Cette ulcération profonde avait été produite par la projection d'une parcelle de phosphore enflammé provenant d'une allumette chimique.

L'ulcération était complétement remplie par une mucosité, au milieu de laquelle se trouvait la substance saline qui lui a été remise.

Cette substance, qui se reproduit après avoir été enlevée, est solide et incolore ; elle montre au microscope une forme cubique très-nette ; sa saveur est salée ; elle se dissout facilement dans l'eau distillée ; cette solution, traitée par l'azotate d'argent, donne un précipité blanc, insoluble dans l'acide azotique et soluble dans l'ammoniaque ; la solution d'antimoniate de potasse basique y forme un précipité d'antimoniate de soude.

En résumé, cette substance n'est autre que du chlorure de sodium parfaitement pur. Du reste, ce sel n'a pu être introduit directement dans l'œil, car une semblable expérience détermine la sécrétion d'une telle abondance de larmes, qu'il eût été entièrement dissous. (31 mars.)

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 202e VOLUME.

10e SÉRIE, TOME VI. — JUIN 1849.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Ligature de l'artère axillaire ; par M. *Tosquinet.* 73
Mémoire sur l'anatomie de la conjonctive, au point de vue de ses altérations pathologiques et de leur traitement : par *H. De 'ondé.* 75
Essai sur l'hypochondrie ; par *J. D. Hannon.* (*Suite.*) 85
De l'application de l'électricité au traitement de quelques maladies ; par *H. I. Stacquez.* (*Suite* et *fin*) 109
Traitement de la carie par l'opodeldoch, d'après la méthode de M. le médecin principal Van den Broeck ; observations recueillies par *J. J. Hamer.* 114
Observation d'une tumeur cancéreuse du sein, suivie de quelques considérations sur l'emploi du chloroforme ; par *J. C. E. Wartomont.* 121
Mélanges. —Circulaire de la commission médicale du Brabant aux hommes de l'art de la province. 126
Extrait du bulletin de l'Académie royale de médecine. — Séances des 28 et 29 avril 1849. 127

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

PHYSIOLOGIE. — 1. Sur l'absorption des substances insolubles ; par le docteur *J. Alderts Mensonides.* 1
35. De la pesanteur spécifique de l'urine ; par le docteur *Kesteven.* 257

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 2. De l'hémorrhagie dans la grande cavité arachnoïdienne ; par *Ch. Schützenberger.* 3
3. Mémoire sur le choléra sporadique symptomatique ; par M. le docteur *V. Racle.* 14
4. Revue clinique du choléra. (*Suite.*) 25
5. Recherches sur le mode de propagation du choléra. (Extrait d'un article sur le choléra apparu à Saint-Pétersbourg en 1848) : par M. le docteur *Eugène Pelikan.* (*Suite* et *fin.*) 60
22. Cas de pneumonie aiguë ; par le docteur *Sunter.* 242
23. Obstruction particulière des intestins ; par M. *Donovan.* 244
27. Du ptyalisme mercuriel et des moyens de le guérir ; par le docteur *Maxwell.* 248
THÉRAPEUTIQUE. — 6. Le choléra à Paris. — Traitements qui ont été le plus généralement employés. 68
7. Considérations sur les inconvénients et les dangers des saignées générales et locales trop répétées et sur un moyen certain d'obtenir, dans la plupart des cas, tous les avantages des émissions sanguines sans épuiser les forces ; par *T. Junod.* 72

8. De l'emploi du fruit du sapindus rubiginosus ou tampayang dans le traitement des affections gastro-intestinales et de la cholérine ; par M. *L. Piéplu.* 80
9. Des diverses médications employées dans les hôpitaux contre le choléra, et des rapports numériques des guérisons et de la mortalité avec ces médications. 82
24. Du froid intense, ou de la congélation comme remède aux maladies; par M. *J. Arnott.* 244
25. Sécrétion des calculs phosphatiques guérie à l'aide d'injections ; par M. *Batman.* 246
28. De la quinine comme antidote du choléra ; par le docteur *Maxwell.* 248
36. De l'emploi du chlorate de potasse contre les ulcérations phagédéniques ; par M. *Sayle.* 258

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 10. Observations sur l'avortement partiel dans le cas de grossesse multiple ; par M. *J. L. Brachet.* 104
29. Cas remarquable de menstruation et de grossesse précoces ; par M. *J. Smith.* 249
MALADIES DES FEMMES. — 11. Mémoire sur les douches froides, locales et générales, internes et externes, appliquées au traitement des engorgements et des déplacements de la matrice, ainsi que des accidents généraux qui accompagnent souvent ces affections ; par M. le docteur *L. Fleury.* 114
26. Traitement des ulcérations du col utérin par la solution de coton-poudre ; par M. *Mitchell.* 247

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 12. — Discussion clinique sur quelques observations de hernie étranglée ; par le docteur *Boyer.* (*Suite* et *fin.*) 120
13. Mémoire sur le mécanisme de l'étranglement des hernies, et l'emploi du chloroforme pour la réduction ; par M. *Guyton.* (*Suite* et *fin.*) 129
31. Observation de rupture d'un kyste de l'ovaire suivie de péritonite et de mort onze semaines après ; par le docteur *W. Bird Herapath.* 251
32. Abcès du pancréas ; par le docteur *Fletcher.* 253
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 14. Deux opérations de chéiloplastie ou de restauration des lèvres ; par le docteur *Payan.* 137
15. Traitement des tumeurs blanches ; par le docteur *Tavignot.* 143
33. Observation de plaie compliquée du larynx et de l'œsophage causée par un coup de corne de bœuf ; guérison ; par le docteur *G. Lowler.* 254
34. Résection de l'omoplate ; par le professeur *W. Fergusson.* 255
OPHTHALMOLOGIE. — 16. Réflexions sur les cataractes congénitales ; par le docteur *Tavignot.* 150
17. De la myodésopsie ; par M. le docteur *Duval.* 156
30. Ophthalmie des femmes en couches ; par le docteur *Mac-Whinnie.* 250

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

MÉDECINE LÉGALE. — 18. Procédé au moyen duquel on peut obtenir en une seule opération tous les métaux dans les recherches de chimie légale ; par M. *H. Gaultier de Claubry.* 168
19. Suspicion d'un empoisonnement d'un enfant. — Présence de l'arsenic, annoncée par les premiers experts. — Opinion contraire, émise par les seconds. — Résultats d'une troisième expertise. 175

XII. GÉNÉRALITÉS.

20. De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules; par *A. Legrand.* (*Suite.*) 189
21. De la contagion relativement au typhus fever et au choléra; par le docteur *John George French.* 240

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE nationale des Sciences de Paris. (Séances des 16, 23 et 30 avril.) — Dosage du sucre de lait par la méthode des volumes, et détermination de la richesse du lait. 207. — Choléra. — Mortalité comparée pour la France. 208. — Infusoires microscopiques dans les déjections alvines des cholériques. — Action du chloroforme injecté dans les artères. 209. — Développement de la fibre musculaire du cœur et des muscles du mouvement volontaire des animaux vertébrés. — Procédé pour reconnaître l'iode et le brome. 210.
ACADÉMIE nationale de médecine de Paris. (Séances des 17, 24 avril et 1er mai.) — Choléra. 211 — Sangsues mécaniques. — Choléra. 220. — Emploi du stachys dans le choléra. 223. — Choléra. 224. — Emploi de la glace au début de la fièvre typhoïde. 232. — Choléra. 233. — Méningite cérébro-spinale. 240.

MÉLANGES.

37. Compte rendu des séances de la Société de biologie pendant le mois de mars 1849; par M. *Follin.* 260

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. —202e VOLUME.

10e SÉRIE, TOME VI. — JUIN 1849.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE (janvier 1849).

Gaultier de Claubry (H.). Procédé au moyen duquel on peut obtenir en une seule opération tous les métaux dans les recherches de chimie légale. 168
Suspicion d'un empoisonnement d'un enfant. — Présence de l'arsenic, annoncée par les premiers experts. — Opinion contraire, émise par les seconds. — Résultats d'une troisième expertise. 175

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (mai 1849).

Alderts Mensonides (J.). Sur l'absorption des substances insolubles. 1

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 14, 17, 18, 19; 1849),

Revue clinique du choléra. (*Suite.*) 25
Pélikan (Eugène). Recherches sur le mode de propagation du choléra. (Extrait d'un article sur le choléra apparu à Saint-Pétersbourg en 1848). 60
Piéplu (L.). De l'emploi du fruit du sapindus rubiginosus ou tampayang dans le traitement des affections gastro-intestinales et de la cholérine. 80
Des diverses médications employées dans les hôpitaux contre le choléra, et des rapports numériques des guérisons et de la mortalité avec ces médications. 82
Brachet (J. L.). Observations sur l'avortement partiel dans le cas de grossesse multiple. 104
Fleury (L.). Mémoire sur les douches froides, locales et générales, internes et externes, appliquées au traitement des engorgements et des déplacements de la matrice, ainsi que des accidents généraux qui accompagnent souvent ces affections. 114
Follin. Compte rendu des séances de la Société de biologie pendant le mois de mars 1849. 260

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG (mai 1849).

Schützenberger (Ch.). De l'hémorrhagie dans la grande cavité arachnoïdienne. 3

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (mai 1849.)

Tavignot. Traitement des tumeurs blanches. 143
Tavignot. Réflexions sur les cataractes congénitales. 150

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX (janvier 1848).

Duval. De la myodésopsie. 156

REVUE MÉDICALE (septembre et novembre 1848 ; février et mars 1849.)

Junod (T.). Considérations sur les inconvénients et les dangers des saignées générales et locales trop répétées et sur un moyen certain d'obtenir, dans la plupart des cas, tous les avantages des émissions sanguines sans épuiser les forces. 72
Boyer. Discussion clinique sur quelques observations de hernie étranglée. 120
Payan. Deux opérations de chéiloplastie ou de restauration des lèvres. 137
Legrand (A.). De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules. 189

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (mai et avril 1849.)

Racle (V.). Mémoire sur le choléra sporadique symptomatique. 14
Le choléra à Paris.—Traitements qui ont été le plus généralement employés. 68
Guyton. Mémoire sur le mécanisme de l'étranglement des hernies, et l'emploi du chloroforme pour la réduction. 129

JOURNAUX ANGLAIS.

DUBLIN MEDICAL PRESS.

Sunter. Cas de pneumonie aiguë. 242
Donovan Obstruction particulière des intestins. 244
Mitchell. Traitement des ulcérations du col utérin par la solution de coton-poudre. 247

EDINB. JOURNAL OF MED.

Bird Herapath (W.). Observation de rupture d'un kyste de l'ovaire suivie de péritonite et de mort onze semaines après. 251

LONDON MED. CHIR. TRANSACTIONS.

Mac-Whinnie. Ophthalmie des femmes en couches. 250
Fergusson (W.). Résection de l'omoplate. 255

LONDON MED. GAZETTE.

French (John George). De la contagion relativement au typhus fever et au choléra. 240
Arnott (J.). Du froid intense, ou de la congélation comme remède aux maladies. 244
Balman. Sécrétion des calculs phosphatiques guérie à l'aide d'injections. 246
Smith. (J). Cas remarquable de menstruation et de grossesse précoces. 249
Kesteven. De la pesanteur spécifique de l'urine. 257

PROVINCIAL MED. JOURNAL.

Fletcher. Abcès du pancréas. 253

THE LANCET.

Lowter (G). Observation de plaie compliquée du larynx et de l'œsophage causée par un coup de corne de bœuf ; guérison. 254

THE MEDICAL TIMES.

Maxwell. Du ptyalisme mercuriel et des moyens de le guérir. 248
Maxwell De la quinine comme antidote du choléra. 248
Sayle. De l'emploi du chlorate de potasse contre les ulcérations phagédéniques. 258